Rok XXXIX. Kraków, 30 Czerwca 1900. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie udzielania się zarazy pyskowo-racicznej bydła ludziom.

Podał

Dr. Jan Walkowski

lekarz okręgowy w Krzeszowicach.

W ostatnich miesiącach roku 1899 pojawiła się w gminach mnie przydzielonego okręgu sanitarnego, tudzież w kilkunastu z nim sąsiadujących gminach zaraza pyskowo-raciczna o dość znacznem nasileniu. W tym samym czasie zaczęły się pojawiać licznie, szczególnie u dzieci, zachorzenia, przypominające swym przebiegiem zapalenie jamy ustnej wrzodzikowe (*stomatitis aphtosa*); zaburzenia te podciągałem przeważnie pod tę nazwę, nie poświęcając im większej uwagi. Tymczasem zdarzyło się w mej praktyce kilka przypadków tej choroby u dzieci, a nawet u dorosłych, które myśl moją na właściwsze, jak się zdaje, zwróciły tory. Opis tych przypadków najlepiej rzecz tę przedstawi:

I. D. 27 listopada 1899 zgłosiła się do mnie izraelitka M. R. z dzieckiem pięcioletniem, okazującem cechy ciężkiego schorzenia, podając, że dziecko zachorowało przed dwoma dniami z dość wyraźnym dreszczem, a następnie silnym bólem głowy. Badając stwierdziłem: ciepłota 39·6°, tętno 120, dziecko senne, odurzone, wargi spieczone, na wargach około skrzydełek nosa i na policzku prawym opryszczka. Przypatrując się bliżej rzekomej opryszczce zauważyłem, że wystąpiła ona nie w gromadkach pęcherzyków, lecz że pęcherzyki te siedzą pojedynczo, są otoczone obwódką czerwoną i wypełnione nie płynem przeźroczystym, lecz treścią mętną, ropiastą; że wreszcie wejrzeniem przypominają raczej wysypkę przy ospie wietrznej, niżeli zwykłą opryszczkę (herpes). Na wewnętrznej stronie warg i policzków drobne, powierzchowne owrzodzenia, o dnie szarawem, otoczone sino-wiśniową obwódką, tudzież dwa pęcherzyki, wypełnione treścią mętną, umieszczone na podstawie sino-czerwonej. Dziąsła rozpulchnione, na języku również powierzchowne owrzodzenia, przytem cuchnienie z ust, gruczoły podszczękowe lekko macalne, bolesne. W narządach wewnętrznych zmian żadnych, prócz miernego nieżytu oskrzeli. Śledziona nie powiększona, w okolicy żołądka i wątroby przy ucisku mała bolesność. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę, przeważnie neutrofile. Mocz wysycony, nieznaczny ślad białka, chlorki prawidłowe.

Przebieg dalszy był pomyślny, gorączka opadała *per lysim* w przeciągu dni trzech: cała długość trwania choroby około dni 10. O ile się mogłem dowiedzieć, dziecko piło przed zachorowaniem dużo mleka gotowanego i surowego.

II. W dwa dni później zgłosiła się żona rzeźnika, lat 26, z podobnymi objawami (prócz wysypki na twarzy); gorączka 39°; język na całej prawie powierzchni pokryty płytkiemi owrzodzeniami; dziąsła rozpulchnione, ślinotok, obrąbki zębów pokryte paseczkiem wydzieliny ropnej, gruczoły podszczękowe obrzękłe i bolesne, cuchnienie z ust. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie znalazłem.

III. W grudniu 1899 zawezwano mnie do Czatkowic, gdzie zastałem dziecko sześcioletnie, silnie gorączkujące. Matka twierdziła, że dziecko zachorowało poprzedniego dnia wieczorem, a obecnie nie ma łaknienia i skarży się na ból głowy. Mimo najdokładniejszego badania prócz lekkiego nieżytu oskrzeli, nic znaleść nie mogłem. Poleciłem przeto przywieść dziecko dnia następnego. W dwa dni później przywieziono je istotnie i wtedy stwierdzić mogłem ciepłotę 39·2°; obfite ślinienie; rozpulchnienie dziąseł; na dziąśle szczęki dolnej po stronie lewej rozległe i głębokie owrzodzenie, odsłaniające szyjki dwóch zębów i przechodzące na błonę śluzową policzka; na języku kilka drobnych owrzodzeń; na wardze dolnej, na brodzie i poniżej ucha lewego po jednym pęcherzyku, wypełnionym treścią mętną, nadto w kąciku zewnętrznym oka lewego zaczerwienienie i mała szczelina, pokryta wypociną szarą. Dalszy przebieg dobry. Pęcherzyki znikły, nie pozostawiając blizn, tylko czerwone plamki; długość trwania około dni 12.

Przypadków takich, mniej lub więcej podobnych do opisanych, naliczyłem przeszło 20, a przebieg ich prawie zawsze typowy, przedstawiał się ogółem następująco: początek nagły, często z dreszczem, następnie ból głowy, niechęć do jedzenia i zabawy. Z końcem drugiego lub w trzecim dniu zmiany w jamie ustnej, czasami też wysypka pęcherzykowa na twarzy, o powyżej opisanych cechach. Długość trwania gorączki około 4—6 dni; w kilku zaś przypadkach stan gorączkowy przeciągał się do 8—9 dni, prawdopodobnie już wskutek wtórorzędnego zakażenia owrzodzeń. Wysypka ustępowała bez śladu, nie pozostawiając powierzchownych blizn Obrzęku śledziony stwierdzić nigdy nie mogłem; prawie zawsze towarzyszył cierpieniu większy lub mniejszy nieżyt oskrzeli.

Przekonano się już niejednokrotnie, że istnieje możliwość przeniesienia zarazy pyskowo-racicznej ze zwierząt na ludzi. Przypadki te są może częstsze, niż się słyszy i czyta, bo zaraza ta wywołuje u ludzi objawy podobne do innych chorób zakaźnych (szczególnie, gdy występuje niezbyt silnie) i do ich rzędu bywa bezwątpienia nieraz zaliczoną.

Już w roku 1833 stwierdził Hertwig na sobie możliwość zakażenia, pijąc wraz z swymi dwoma asystentami mleko surowe od krów, dotkniętych chorobą, przyczem tak on, jak i asystenci ulegli zakażeniu. Później również niejednokrotnie zwracano uwagę na niebezpieczeństwo spożywania pożywek surowych od zwierząt, chorych na zarazę pyskowo-raciczną.

Bollinger twierdził to o mleku, Fröhner o maśle, Mosler o mięsie zwierząt chorych, Levy zwracał uwagę na niebezpieczeństwo obcowania ludzi z takiemi zwierzętami. W roku 1893 opisał Boas podobną epidemię typową.

Bussenius i Siegel (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 50, 1896) wspominają o piętnastu typowych epidemiach tego rodzaju, spostrzeganych przez różnych lekarzy, gdzie można było wykazać wprost przeniesienie choroby ze zwierząt na ludzi. Ponadto istnieją zestawienia sporadycznych przypadków, jeszcze liczniejsze (600 przypadków między 1887—1894 r.). W roku 1895 pojawiła się w Wilnie epi-

demia, mająca wielkie podobieństwo do przypadków przezemnie spostrzeganych, a opisana dokładnie przez Dra L. Stembo (*Petersburger med. Wochenschrift* 1896). Wśród tej epidemii, stojącej w związku z panującą równocześnie epizoocyą, zauważył autor przypadki, gdzie wysypka, podobna do ospy wietrznej, zajmowała całe ciało, obok cechujących zmian w jamie ustnej. Choroba przebiegała pomyślnie mimo ciężkich objawów.

We wszystkich tych ogłoszonych przypadkach nie można mówić z bezwzględną pewnością o tożsamości sprawy chorobowej u ludzi i zwierząt, bo ta pewność mogłaby się oprzeć jedynie na dokładnej znajomości zarazka. Tymczasem ten nie jest dokładnie znany, a swoistość prątka Siegla-Busseniusa zaprzeczają dziś, tak pojedynczy badacze (Schotellius, Behla, Kurth) jak i ostateczny wynik badań niemieckiej rządowej Komisyi, wydelegowanej dla badania zarazy pyskowo-racicznej (Prof. Loeffler i prof. Frosch, *Deutsche med. Wochenschrift* 1897, Nr. 39). Jednak równoczesność występowania choroby z panującą zarazą bydlęcą, przebieg jej typowy i gwałtowny, fakt, że występuje u osób, żywiących się mlekiem surowem, pewna odrębność w reszcie obrazu chorobowego od znanych nam powszechnie zachorzeń jamy ustnej (*aphtae*, *stomatitis ulcerosa*, *scorbut* etc.) przemawiają na korzyść możliwości udzielenia się tej choroby ludziom.

II. Z oddziału chorób wewnętrznych I. b. Szpitala Sgo Łazarza w Krakowie.

W sprawie wstrzykiwań śródżylnych Hetolu (natrium cinamilicum) w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerera.

Napisał

prymaryusz Dr. Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

Z powyższego zestawienia wynika, iż na 43 przypadków gruźlicy płuc (w jednym przypadku Nr. 36 wystąpiło powikłanie z zapaleniem gruźliczem kręgów) raz tylko można było zauważyć wyleczenie (2·3%); jedenaście razy znaczne polepszenie (25·6%); dziewięć razy nieznaczne polepszenie (23·2%) a dwadzieścia jeden razy znaczne pogorszenie i zejście śmiertelne (48·8%). W przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne i inne przetwory lecznicze jak duotal, kreozot, krezalbina (*Creosotum lacticum*) ichtyol nie odnosiły pożądanego skutku a dotyczyły te przypadki zmian gruźliczych daleko w miąższu płucnym posuniętych. W ogóle zaś leczenie wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolowemi stosowano dopiero w tych przypadkach, gdzie drobnowidowo można było stwierdzić w plwocinach sposobem Ziehl-Neelsena obecność prątków gruźliczych.

Uwzględniając odrębnie leczenie samemi tylko wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolu, — osobno leczenie wstrzykiwaniami śródżylnemi hetolu i podskórnemi kwasu arsenawego w przebiegu gruźlicy płuc, musimy pierwszym przypisać bezwarunkowo wyższość nad drugiemi. Przy stosowaniu bowiem samych tylko wstrzykiwań śródżylnych hetolu otrzymaliśmy korzystne wyniki w 30·2% przypadków; przy stosowaniu zaś obok nich naprzemian i wstrzykiwań podskórnych kwasu arsenawego zaledwie 16·5%. W ogóle podnieść należy, iż pod wpływem wstrzykiwań arszeniku obok wstrzykiwań śródżylnych hetolu proces gruźliczy okazywał niezwykle szybki przebieg, kończący się zejściem śmiertelnem. Okoliczność ta przemawia za zapatrywaniem Leydena, który wbrew innym klinicystom przestrzega przed podawaniem przetworów arsenowych w przebiegu gruźlicy płuc, połączonej z gorączką.

Najmniej okres wstrzykiwań wynosił 10 dni; najwięcej 132 dni; w ogóle zaś trwał okres wstrzykiwań:

w 2	przypadkach	od 10 — 15 dni
3	"	" 15 — 20 "
3	"	" 20 — 25 "
2	"	" 25 — 30 "
1	"	" 30 — 35 "
4	"	" 35 — 40 "
7	"	" 40 — 45 "
7	"	" 45 — 50 "
4	"	" 50 — 55 "
2	"	" 55 — 60 "
2	"	" 60 — 65 "
2	"	" 65 — 70 "
2	"	" 70 — 75 "
1	"	" — 92 "
1	"	" — 132 "

Ilość zaś wykonanych wstrzyknięć wynosiła:

w 6	przypadkach	od 5 — 10
4	"	" 10 — 15
8	"	" 15 — 20
14	"	" 20 — 25
6	"	" 25 — 30
3	"	" 30 — 35
2	"	" 45 — 46

Najwyższa jednorazowa dawka wynosiła przeciętnie 0,01; najmniejsza 0,0005 gm.; raz tylko u kobiety 63-letniej dawka dosięgła 0,015 gm. W 20 przypadkach t. j. 46·7% chorzy znosili wstrzykiwania hetolu z większą lub mniejszą korzyścią; w 23 zaś przypadkach t. j. 53·4% chorzy znosili bardzo źle wstrzykiwania hetolu ze względu na przebieg sprawy chorobowej (a nie na sam zabieg). W ogóle można było zauważyć znaczne różnice osobnicze co do dawek hetolu tak u mężczyzn, jak i u kobiet — tak, iż doświadczenie nasze przemawia za stosowaniem małych dawek (poczynać od 0,0005 a dochodzić do 0,005 gm.) i w odstępach 3—4 dniowych, a nawet i rzadziej. Korzystne działanie uwidocznia się już w pierwszych dwóch tygodniach, a głównym objawem jest wzmaganie się ciężaru ciała u chorego.

Korzystny wpływ działania wstrzykiwań śródżylnych hetolu na powstrzymanie sprawy gruźliczej ujawnia się oprócz zwiększania się ciężaru ciała i wzmożonem poczuciem łaknienia, ogólną rześkością i znaczniejszą energią życiową, ustąpieniem potów i dreszczów, zmniejszeniem się, a względnie ustąpieniem rzężeń w płucach, ustaniem biegunki. Jak znacznie podnieść się może ciężar ciała chorego, pouczają poniżej przytoczone przypadki, gdzie przybyło na wadze:

w przyp

Nr. 1 w ciągu 26 dni (16 wstrzyknięć) o 6 kg.

" 2 " 54 " (27 " o 4 "

a za 2 nawrotem	38 dni	(19 wstrzyknięć)	o 5 kg.	30 dk.
„ 3	„ 44	„ (22 „	o 4	„ 50 „
„ 9	„ 91	„ (29 „	o 4	„ 80 „
przyczem	„ 30	„ (14 „	o 4	„ 20 „
„ 11	„ 30	„ (14 „	o 4	„ 50 „
„ 4	„ 62	„ (31 „	o 3	„ 50 „
„ 5	„ 36	„ (19 „	o 2	„
„ 28	„ 26	„ (13 „	o 4	„
„ 7	„ 52	„ (26 „	o 2	k 50 „

Podniesienie się ciężaru ciała należy odnieść do działania hetolu, a nie arsenu. Przemawia za tem przypadek Numer 8, gdzie przy stosowaniu hetolu przybyło chorego w 49 dniach (po 24 wstrzyknięciach) na wadze o 1 kg. 50 dk. a przy następnych wstrzykiwaniach tylko wyłącznie kwasu arsenawego (jedyny przypadek dla sprawdzenia) w ciągu 21 dni zaledwie o $^1/_2$ kg.

Podobnie i poty rychło ustępowały w razie korzystnego działania hetolu, jak za tem przemawia spostrzeganie kliniczne w przypadku Nr. 1 (po 2 wstrzyknięciach), Nr. 7 i 8 (po 3 wstrzyknięciach), Nr. 5 (po 4 wstrzyknięciach) i t. d. W przeważnej jednak liczbie przypadków dopiero po kilkunastu wstrzyknięciach poty stale ustępowały. Na uwagę zasługuje przypadek Nr. 19, w którym po 19 wstrzyknięciach poty stale ustąpiły, chociaż poprzednio przez dwa lata każdego dnia się pojawiały, opierając się działaniu zwykłych środków leczniczych przeciwpotnych.

Brak prątków gruźliczych w plwocinach stwierdzić było można po stosowaniu wstrzykiwań śródżylnych hetolu w przypadkach Nr. 1 i 2; w innych przypadkach prątki gruźlicze znajdowały się w plwocinie w różnej ilości. Okoliczności jednak tej naszem zdaniem nie należy przypisywać w rokowaniu ważniejszego znaczenia, gdyż doświadczenie kliniczne poucza, że częstokroć ilość prątków gruźliczych w plwocinie stoi w odwrotnym stosunku do zmian fizykalnych i przysłuchowych w płucach, a więc i do nasilenia sprawy chorobowej.

Z ubocznych przypadów podnieść należy uczucie pieczenia w całem ciele, a niekiedy i bólu w piersiach po zastrzykiwaniach śródżylnych hetolu; w tym ostatnim przypadku dobrze działało pędzlowanie klatki piersiowej nalewką jodową.

Ogólne podniecenie narządu nerwowego, jakie prawie w każdym przypadku u chorych, leczonych zastrzykiwaniami śródżylnemi hetolu, można zauważyć, przemawia przeciw stósowaniu wstrzykiwań u kobiet przed miesiączkowaniem; w dwóch przypadkach bowiem t. j. Nr. 28 i 33 wystąpił naówczas krwotok płucny, który nawet w przypadku Nr. 28 stanowił przyczynę niespodziewanego zejścia śmiertelnego.

Zgodnie z zapatrywaniami L a n d e r e r a i innych można stwierdzić w następstwie stosowania wstrzykiwań śródżylnych hetolowych znaczniejszego stopnia leukocytozę, miejscową i ogólną, która zależnie od dawki dosięga już to większych, już to mniejszych rozmiarów. Ponieważ zaś dawka mogąca szkodliwie zadziałać na ustrój, zależy od indywidualności, przeto i stopień leukocytozy do tej ostatniej odnieść należy. Z tego też powodu częstokroć po względnie małych dawkach, gdzie gorączka nie przechodziła 38° C, i gdzie chorzy znosili ten sposób leczenia znakomicie, nagle i niespodziewanie występowało pogorszenie, które się niczem nie dawało powstrzymać. We wszystkich tych przypadkach można było na sekcyi zauważyć zmiany gruźlicze rozsiane w narządach wewnętrznych, przemawiające za rozmięknieniem ognisk serowatych gruźliczych w płucach i uogólnieniem się sprawy gruźliczej drogą naczyń krwionośnych. Jako klasyczny przykład takiego rozmięknienia ognisk gruźliczych przedstawia się przypadek Nr. 28, którego historyą choroby i wynik oględzin pośmiertnych pozwolę sobie w krótkości przytoczyć:

Ziomek Anna l. 20. Przyjęta na oddział dnia 10/IX 1899. Od 4 miesięcy kaszel, dreszcze, poty; przed 2 miesiącami krwioplucie. Matka zmarła na suchoty.

St. praes.: Szczyt lewy zajęty do 2-go żebra z przodu; z tyłu do grzebienia łopatki: tamże oskrzelowy wdech i wydech; rzężenia. W pasze lewej na rozległości dłoni dziecka stłumienie; wdech i wydech nieoznaczony, zbliżony do oskrzelowego; rzężenia dźwięczne. W szczycie prawym przytłumienie, szmery oddechowe nieoznaczone, rzężenia skąpe, niedźwięczne. Przez 12 dni spostrzegania klinicznego stan niezmieniony; w ostatnich dniach dołączyło się tylko kłucie w boku lewym; zresztą rozwolnienie, silny kaszel, osłabienie ogólne; stan podgorączkowy pod wieczór (38° C). Badanie na prątki: Cz. $= \frac{2}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 22/IX; waga ciała 46 kg. 51 dk. Ukończono wstrzykiwania hetolu 2/XI: Po 13 wstrzyknięciu waga ciała wynosiła 50 kg 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 42 dni; wykonano wstrzyknięć 21; wstrzyknięto 124·5 mg. = 0·1245 gm. hetolu. Największa dawka wynosiła 0,01.

Chora początkowo znosiła wstrzykiwania bardzo dobrze; dreszczów i potów nie było; od czasu do czasu stan podgorączkowy do 38° C. Po 4 wstrzyknięciu kaszel mniejszy, siły lepsze, apetyt znakomity. Do 29/X (19 wstrzyknięć) chora czuje się znakomicie. Badanie wykazuje naówczas w szczycie prawym wdech i wydech nieoznaczony; w lewym szmery oddechowe oskrzelowe, pokryte skąpemi rzężeniami; toż samo w pasze lewej na rozległości dłoni noworodka. Chora wygląda wybornie; przybytek na wadze o 4 kg.; plwociny skąpe. Wstrzyknięto 0,01 gm. hetolu i wstrzykiwano odtąd co drugi dzień tę samą dawkę.

Dnia 2/XI objawy *Angina follicularis*; gorączka po wstrzyknięciu rano 37·3; wieczorem 38·2° C. Dnia 3/XI rano ciepłota 38·6; wieczorem 36; dreszcze w nocy (po 3-im wstrzyknięciu a 0,01) krwotok płucny $1^1/_2$ litrowy; *menses*.

Po krwotoku zaprzestano wstrzykiwań; odtąd trawiąca gorączka przyczem wahania dzienne od 36·7—39·3° C; w gardle na migdałkach owrzodzenia oczyszczają się; plwociny obfite, pieniążkowate.

8/XI: Chora skarży się na kłucie w lewym boku; jest niespokojna. Ciepłota ranna 39·3° C; wieczorem 37·6° C; liczba oddechów 40; chora rzuca się, śpiewa, w nocy krwotok płucny i wśród niego śmierć.

Oględziny pośmiertne: *Caverna tuberculosa parva apicis sin pulmonis. Tuberculosis nodosa pulmonis sinistri et apicis dextri. N o d i c a s e o s i e m o l l e n t i e s lobi inferioris pulmonis sin. et superiosis d. Arrosio rami secundi ordinis arteriae pulmonalis d. ss haemorrhagia et aspiratione sanguinis. Anaemia univ. Lipomatosis cordis. Hypoplasia cordis et vasorum.*

W ogóle zmiany gruźlicze na stole sekcyjnym nie różniły się od tych, jakie zazwyczaj w podobnych przypadkach chorobowych można zauważyć; przemawiały tylko za szybkim, ostrym przebiegiem za życia. W jednym tylko przypadku Nr. 41, u chłopca 18-letniego stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych zwyrodnienie włókniste szczytu płuca prawego obok świeżych zmian rozsianych w miąższu płucnym. Leczenie wstrzykiwaniami hetolu trwało w danym przypadku 46 dni, a ogólne spostrzeganie szpitalne wynosiło 72 dni.

W jednym przypadku u mężczyzny stwierdzono przy sekcyi pęknięcie jelita owrzodziałego i następowe zapalenie

posokowato ropne otrzewnej; również w jednym przypadku u mężczyzny pęknięcie płuca prawego i następowy: *Pyopneumothorax*.

W jednym przypadku (Nr. 36) przy istnieniu nieznacznej starej jamy w szczycie płuca prawego wystąpiły pod wpływem wstrzykiwań hetolowych zmiany gruźlicze w kręgach i rozsiane w płucach, przyczem nadmienić należy, iż przy pierwotnych oględzinach klinicznych żadnych zmian gruźliczych w kręgach nie było można zauważyć a wystąpiły one dopiero wśród spostrzegania klinicznego. Odnośny protokół sekcyjny pokrótce opiewał:

Spondylitis tbc. vertebrae I, II, dorsalis ss. abscessu frigido ad dorsum. Caverna tub. apicis d. pulmonis. Tuberculosis disseminata nodosa pulmonum. Adhaesiones pleuriticae bilat. Inanitio. Anaemia.

W ogóle na podstawie naszego doświadczenia klinicznego możemy zalecić stosowanie wstrzykiwań śródżylnych hetolu tylko w bardzo początkowych okresach gruźlicy płuc, i to dawek małych, co najwyżej dochodzących do 0,005 gm. poczynając od 0,0005 gm. — w odstępach kilkudniowych (3—4 dni), przyczem w razie zmniejszenia się ciężaru ciała lub innych ubocznych przypadów jak gorączki itp. należy wstrzykiwań zupełnie zaniechać. Wstrzykiwania śródżylne hetolu nie stanowią swoistego środka leczniczego przeciw gruźlicy płuc; mogą one jednak w niektórych przypadkach przyczynić się pośrednio do leczenia gruźlicy płuc przez wywoływanie miernej leukocytozy ogólnej i odczynu miejscowego w ogniskach gruźliczych, a tem samem w najkorzystniejszych warunkach i zwyrodnienia włóknistego miąższu płucnego w miejscu ognisk serowatych, — tudzież przez podniecenie energii życiowej ustroju, zwiększenie apetytu, a tem samem i wagi ciała, zmniejszenie potów i biegunki lub ich usunięcie; przyczem ten wpływ korzystny na powstrzymanie szerzenia się sprawy gruźliczej, a względnie i samoleczenia się jej jest krótkotrwały, przemijający.

Działanie wstrzykiwań śródżylnych hetolu przypomina bardzo tuberkulinę Kocha. Pod wpływem obydwu tych środków następuje odczyn ogólny i miejscowy pośród schorzałych tkanek gruźliczych; przy stosowaniu obu tych środków może przychodzić do rozmiękania ognisk gruźliczych i uogólniania się sprawy gruźliczej w ustroju drogą naczyń krwionośnych. Różnica jednak polega na tem, iż kiedy w tuberkulinie niektórzy autorowie chcą upatrywać środek rozpoznawczy dla utajonej gruźlicy płuc i narządów wewnętrznych (Petrushky, Fränkel), a nawet upatrują w niej przy odpowiedniem stosowaniu środek swoisty, uodporniający przeciw gruźlicy (Petrushky), to o hetolu tego powiedzieć nie możemy.

Kraków, 12 IV. 1900.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Dwa przypadki śmierci z prądu elektrycznego.

Podał
Dr. Ludwik Sobieszczański
Asystent sanitarny w Drohobyczu.

Mając sposobność sekcyonowania w Borysławiu przed kilkunastu dniami dwu młodych robotników, rażonych prądem elektrycznym, pragnę wobec tego, że u nas dotąd przypadków takich niewiele spostrzegano, w krótkości opisać zmiany, które zasługują na uwagę przez swe podobieństwo w obu przypadkach i w zupełności potwierdzaią zapatrywania Krattera. Przypadek pierwszy dotyczył robotnika, który skutkiem własnej nieostrożności dotknął ręką drutu, drugi stał się ofiarą poświęcenia w chwili, gdy schwycił oburącz za drut w zamiarze uwolnienia towarzyszy drutem tym oplątanych. Przypadek I-szy sekcyonowano czwartego dnia po śmierci zewnętrznie: 1. Stężenie trupie wszędzie utrzymane. 2. Rozległe, zlewające się ze sobą, ciemno czerwone plamy pośmiertne, rozmieszczone na całej tylnej połowie ciała i jako takie nacięciem stwierdzone. 3. U nasady palca wielkiego ręki prawej ranka trójkątna przecinająca skórę i część tkanki podskórnej, $^1/_2$ cntm. długa, o brzegach prawie gładkich, bez śladu odczynu, krwią ciemną pokryta. Wewnętrznie: Pomijając opis tych narządów, w których oprócz początków gnicia zmian nie stwierdzono, pomijając miernego stopnia zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i nieżyt żołądka, zaznaczam: 1) Mózg w całości uderzająco blady, w komorach nieco przejrzystej, różowawej cieczy, zresztą bez zmian. 2) Płuca po otwarciu klatki piersiowej nieznacznie się zapadają, opłucna gładka i lśniąca, miąższ zbitszy, wszędzie powietrzny, na przekroju wszędzie ciemno-czerwono zabarwiony, za uciskiem wydziela obficie krwawą, pienistą ciecz obok pojedynczych czopków białawego śluzu, wydobywających się z przeciętych oskrzelików. 3) Liczne wynaczynionki podosierdziowe, od najdrobniejszych do wielkości wielkiego ziarna maku dochodzące, u podstawy i na koniuszku serca rozmieszczone. 4) Obie nerki sine, na przekroju już za lekkim uciskiem wydzielają obficie płynną krew. 5) W zatokach żylnych, naczyniach i sercu płynna, niezbyt ciemna krew.

Przypadek II-gi sekcyonowano 3-go dnia po śmierci Zewnętrznie: 1. Stężenie trupie wszędzie utrzymane. 2. Rozległe, zlewające się plamy pośmiertne, rozmieszczone na całej tylnej połowie ciała i po bokach, na tyłogłowiu, szyi i plecach więcej czerwono, od krzyżów począwszy ku dołowi więcej fioletowo zabarwione. 3. W lewym przegubie łokciowym smuga 2 cntm. długa i $^1/_2$ cntm. szeroka, ciemno-czerwono-brunatna, pergaminowata, jakby przysmalona, niepodbiegnięta, a dokoła niej w pasie 4 cntm. szerokim kilkanaście punkcików, dochodzących ziarna maku, okazujących te same cechy. Wewnętrznie: Obok objawów zaczynającego się gnicia i rozległych zrostów opłucnowych, głównie po stronie lewej, stwierdziłem: 1) Zatoki żylne i naczynia opon mózgowych przepełnione płynną, ciemną krwią. 2) Mózg w całości zasobny w krew, której krople bardzo obficie na przekroju występują, zresztą bez zmian. 3) Płuca po otwarciu klatki piersiowej nie zupełnie się zapadają, opłucna po za obrębem zrostów gładka i lśniąca, okazuje na dolnym płacie płuca lewego od tyłu kilka wynaczynionek, ułożonych w gromadkę; miąższ płuc wszędzie powietrzny, na przekroju wszędzie czerwono zabarwiony, za uciskiem wydziela bardzo skąpą ilość cieczy pienisto-krwawej. 4) Liczne drobne i większe wynaczynionki podosierdziowe, rozmieszczone głównie u podstawy serca. 5) Wybitne przekrwienie nerek, zupełnie jak w przypadku pierwszym. 6) Płynna, dość ciemna krew w naczyniach i sercu.

Mimo starannych poszukiwań nie znalazłem w żadnym z moich przypadków, wspominanych przez Krattera, wybroczyn pod innemi błonami surowiczemi, ani wzdłuż kręgosłupa. Wprawdzie zmiana stwierdzona w drugim przypadku w przegubie łokciowym, a pochodząca najprawdopodobniej od snopu wypadających iskier dość jest niezwykłą, nie jest jednak w rażeniu prądem elek. ani znamienną, ani stałą; w pierwszym bowiem przypadku zmiany podobnej nie było, a spotkaliśmy tylko rankę, niczem nie różniącą się od zwykłej ranki, zadanej po śmierci i gdyby nie podania naocznych świadków zajścia, nie podobna byłoby nawet domyśleć się, że ta ranka powstała od działania iskry elektr. Podobnież i zmiany w mózgu w obu przypadkach przedstawiają się odmiennie.

Natomiast ze zmian powtarzających się w obu przypadkach podnoszę: 1) Przekrwienie płuc, w przypadku Iszym bardzo wybitne, w drugim nieco mniejsze. 2) Stężenie trupie długo wszędzie utrzymane, które już bardzo rychło po śmierci miało wystąpić. 3) Liczne wynaczynionki podosierdziowe. 4) Bardzo wybitne przekrwienie nerek. Płynność krwi w obu przypadkach przemawia jedynie za śmiercią nagłą. Powyższe zmiany, analogiczne zresztą, jak przy śmierci z uduszenia, przemawiałyby za tem, co o przyczynie śmierci z rażenia prądem elekrycznym sądzi Kratter. Wprawdzie dwa przypadki do stanowczego sądu jeszcze nie uprawniają, zmiany jednak w obu przypadkach stwierdzone są tak wybitne, że powstania ich nie umiałbym sobie inaczej wytłómaczyć.

Napięcie prądu z dynamomaszyny do oświetlenia w obu przypadkach wahać się miało między 300—400 wolt; z toku dochodzeń sądowych w tym kierunku nic stanowczego wysnuć nie podobna, co najwyżej, że siła prądu musiała być znaczną.

IV. Wyciągi.

B. Fraenkel. **Polikliniki dla gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 20, 1900). Na Zjeździe w Neapolu zachęcał Fr. do zakładania na wzór Niemiec poliklinik wyłącznie dla gruźlicy. Zadaniem takich poliklinik jest w pierwszym rzędzie rozpoznawanie gruźlicy w jej pierwszych zaczątkach, (tuberkulina), leczenie lub względnie odsyłanie chorych do specyalnych zakładów, a wreszcie pouczanie chorych tak co do zachowania się, jak i niebezpieczeństwa zakażenia. *Dr. St. B. K.*

Prof. O. Rosenbach. **O mózgowej i sercowej dusznicy oskrzelowej.** (*Münch. med. Wochs.* N. N. 20 i 21, 1900). Od dawna przywykliśmy dusznicę oskrzelową uważać przeważnie za duszność nerwową lub sercową. Do tej ostatniej zaliczamy zwykle wszystkie przypadki dusznicy u ludzi starszych, gdzie tylko miażdżycę tętnic wieńcowych serca podejrzywać możemy. Tymczasem doświadczenie wykazuje, że bardzo często dusznicę sercową rozpoznawaliśmy u ludzi, którzy najmniejszych zmian w sercu nie okazywali, jak również zbyt wiele spostrzegamy przypadków wybitnej miażdżycy tętnic sercowych, w których nigdy dusznicy oskrzelowej nie było. Natomiast, jak twierdzi R., dusznica oskrzelowa względnie często jest następstwem przewlekłych zmian mózgowych i to tak miejscowych, jak rozlanych, a objawy jej również w braku tchu, ściskaniu serca, uczuciu lęku znajdując swój wyraz, odtwarzają na zewnątrz ten sam typ choroby. R. słusznie zaznacza, że dla leczenia, rozpoznanie właściwego źródła choroby jest koniecznem.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Prof. Dinkler. **Przyczynek do patologii i terapii choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* N. 21, 1900). Dwa przypadki choroby Basedowa dały D. sposobność do przeprowadzenia badań anatomicznych. W jednym z przypadków przyszło, przy powrotnem nasileniu choroby, do połowiczego porażenia i zaburzeń opuszkowych (bulbarnych) i psychicznych, (śmierć w 3 miesiące); w drugim napadowo pojawiająca się duszność (ucisk na tchawicę), zmusiła do usunięcia jednostronnego wola, po którem w 12 godzin nastąpił zgon.

Używając ulepszonych sposobów barwienia, znalazł D. w tym pierwszym przypadku rozległe zmiany mózgo-rdzeniowe, bo schorzenie nierównomierne całej kory, częściowe zstępujące zwyrodnienie dróg piramidalnych, przednich sznurów i komórek zwojowych na dnie komory IV.

D. jest też stanowczym przeciwnikiem zabiegów chirurgicznych w chorobie Basedowa. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

A. Pick. **O zaburzeniach w oddawaniu stolca, spowodowanych przez wpływy psychiczne.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 20, 1900). Analogicznie do zaburzeń w czynnościach pęcherza, dotyczących wydalania moczu, a spowodowanych przez pewne wpływy psychiczne, istnieją także podobne zaburzenia, odnoszące się do czynności oddawania kału. Autor opisuje przypadek przez siebie spostrzegany, w którym 50 letni mężczyzna nie mógł w obecności osób drugich oddać stolca, mimo największego natężenia. Z chwilą zaś, gdy był sam, stolec bez trudności odchodził. Cierpienie to rozpoczęło się w wieku młodocianym, a dopiero znacznie później dołączyły się do niego podobne zaburzenia ze strony narządu moczopłciowego. W dalszych okresach choroby nie tylko obecność osób innych, ale nawet samo wyobrażenie o ich możliwej obecności, nie dozwalały choremu oddawania kału i moczu. Dopiero przez zajęcie uwagi czytaniem mógł on powyżej wymienione czynności fizyologiczne wykonywać.

Dr. E. M.

Aron. **Czy w szpitalach potrzeba osobnych oddziałów dla suchotników?** (*Berl. klin. Wochs.* 1900 Nr. 21). Autor utrzymuje, że osobne oddziały dla suchotników są w szpitalach zbyteczne, a to z następujących powodów. Opisane dotąd przypadki zakażenia się chorych w szpitalu są tak nieliczne, że należałoby dopiero zebrać obfitsze dane, zwłaszcza od lekarzy praktycznych, badających chorych po wyjściu ze szpitala, aby módz zabrać jasnego o rzeczy wyobrażenia. Jeżeli zakażenia się w szpitalu gruźlicą są u lekarzy i służby szpitalnej stosunkowo częstsze to, wynikać może tylko stąd, że są oni zajęci w szpitalu całemi latami i bez porównania więcej narażeni na zetknięcie się z zarazkiem (badanie, zwłaszcza krtani, manipulacye z plwocinami i kałem i t. p.). Nadto przypadki zakażenia się w szpitalu, dotąd opisane, są nietylko nieliczne, ale i wątpliwe, lub odnoszą się do chorych, przebywających w szpitalu nadmiernie długo (2 lata). Wreszcie pamiętając o gruźlicy utajonej, należy przypadki takie uważać bądźcobądź za wyjątkowe, a na podstawie wyjątków nie mamy prawa skazywać chorych z początkami suchot na przykry i przygnębiający widok otoczenia, złożonego z samych suchotników, tem bardziej, że przeceniając niebezpieczeństwo zakażenia się w szpitalu, należałoby chyba sądzić, iż żaden suchotnik nie może się wyleczyć w stósownym oddziale lub zakładzie, bo go czeka niezawodnie ponowne zakażenie. *C.*

C. A. Ewald. **Leczenie hetolem.** (*Berl. kl. Wochs.* 21, 1900). Zachęcony wynikami Landerera, stósował Ewald hetol (cynamonian sodowy) śródżylnie (vena mediana) w 25 przypadkach gruźlicy, — w dawkach od 1—15 mgr. Wstrzykiwania powtarzał co drugi dzień przez dłuższy lub krótszy czas (18—316 dni). Z tych 25 przypadków otrzymał niezaprzeczony wynik dodatni (co do gruźlicy) w 4 przyp.: poprawę, (którą zwykle zresztą w szpitalu bez jakiegokolwiek leczenia się osiąga) w 5 przyp.; brak wyniku dodatniego, przy przycichnięciu sprawy chorobowej w 6 przyp.; a wreszcie przebieg choroby niepowstrzymany w rozwoju w 10 przypadkach.

Wynik dodatni, co do sprawy gruźliczej w płucach, został okupiony, (jak sekcya jednego przypadku okazała) ciężkiem tłuszczowem zwyrodnieniem prawego serca. Przypadek ten dotyczył chorego, który najdłużej, bo 316 dni, był w leczeniu i dostał 70 wstrzyknięć. Chory ten zmarł wśród objawów gruźlicy i tylko na kilka dni przed śmiercią nie znajdowano u niego w plwocinie prątków gruźliczych. Sekcya wykazała zaciągnięcia łącznotkankowe w obu płucach i liczne ogniska łupkowatego (schiefrig) zagęszczenia.

E. poleca hetol dalszym badaniom. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Abel i Buttenberg. **Wpływ pleśni na arsen i jego połączenia. Wykazanie arsenu sposobem biologicznym.** (*Ztschr. f. Hygiene u. Infectionskrank.* T. XXXII, 1899, Z. 3). Gosio wykazał pierwszy, że rozmaite pleśnie posiadają zdolność zamieniania stałych połączeń arsenu na lotne, chemicznie wykazać się dające połączenia o właściwej sobie woni czosnku. G. starał się przeto wyzyskać tę właściwość dla wykrycia arsenu w różnych substancyach, w tym też celu zaprawiał te ostatnie pożywkami, dobremi dla rozwoju pleśni, poczem zasiewał na nich tzw. pleśń arsenową. Jeśli przy wzroście pleśni występował charakterystyczny dla lotnych połączeń arsenu zapach czosnku, to badana substancya zawierała arsen, w przeciwnym razie go nie było; badania, przeprowadzone z innemi ciałami, jak fosfor, antymon i t. d.. nigdy tych wyników nie dawały. Szereg autorów potwierdził badania G., przy czem najlepiej nadawało się z pleśni do tego rodzaju doświadczeń *Penicillium brevicaule*, obok innych, jak *Aspergillus glaucus*, *virescens*, *niger* i *virens*, *Mucor ramosus* i t. d. Jako pożywki używa się z najlepszym skutkiem papki z chleba razowego (mięszanina 75% grubej mąki pszennej i 25% mąki żytniej). Abel i Buttenborg przeprowadzili liczne doświadczenia z najrozmaitszymi przedmiotami, służącymi do codziennego użytku, środkami spożywczymi, z narządami zatrutych zwierząt, treścią pokarmową, moczem i t. p. i dochodzą na mocy tego do przekonania, odnośnie do praktycznego znaczenia tej przez nich biologiczną nazwanej metody, iż daje się ona we wszystkich przypadkach zastosować, a jest znacznie czulszą od metod chemicznych Bettendorfa, Marsha i Gutzeita. Dodatnią stroną tego sposobu jest i to, że zapomocą niego można dużą ilość istot, podejrzanych o zawartość arsenu, w krótkim czasie zbadać, a nadto daje się wykazać charakterystyczna woń nawet po upływie kilku tygodni. Sposób ten nadaje się dla celów lekarskich i sanitarno policyjnych, w przypadkach otrucia zaś doskonale jako próba wstępna. (Do tych samych wyników doszedł prof. Bujwid. p. *Przegl. lek.* 1899, Nr. 9. *przyp. ref.*) *Horoszkiewicz.*

J. Babiński. **Rozróżnienie porażenia połowiczego histerycznego od organicznego.** *(Gazette des hôpitaux* 1900 Nr. 52, 53). Od szeregu lat poszukując cech rozpoznawczych wśród objawów samego porażenia bez uciekania się do objawów, spotykanych obok porażenia, a przypadkowych i niestałych, doszedł obecnie B. do wyników ze wszech miar zadawalniających i stwierdza, że rozróżnienie porażeń histerycznych od organicznych jest właśnie na obranej przez niego drodze nietylko możliwe, ale co więcej stanowcze i niewątpliwe. Całokształt badań swoich zestawia B. w formie wykładu, w którym roztrząsa po kolei ważniejsze, przez siebie wykryte objawy rozpoznawcze, a który kończy następującem krótkiem zestawieniem najwybitniejszych znamion rozróżniających:

Porażenia połowicze organiczne: 1) ograniczają się do jednej strony ciała; 2) nie przedstawiają typu tzw. porażeń systematycznych. Przy niedowładzie połowiczym np. twarzy, strona porażona przedstawia wyraźnie objawy niedowładu w czasie ruchów współrzędnych w symetrycznych gromadach mięśni; 3) porażone są zarówno ruchy dowolne i świadome, jak i ruchy nieświadome lub napół świadome; na tem polegają dwa objawy, wykryte przez Babińskiego, mianowicie tzw. *„signe du peaucier“* to jest wybitniejsze występowanie skurczu mięśnia podskórnego szyi po stronie zdrowej przy pochylaniu głowy i t. d. (zwłaszcza z oporem), oraz tzw. *„flexion combinée de la cuisse et du tronc“*, to jest zgięcie w stawie biodrowym i odrywanie się nogi od poziomu w chwili siadania (bez pomocy rąk) chorych, leżących poziomo. 4) Język wogóle zbacza lekko po stronie porażonej. 5) Szczególnie w początkowych okresach obniża się napięcie mięśni porażonych (*hypotinicité musculaire*), co objawia się obniżeniem brwi i t. d., a na kończynach górnych głównie tzw. „nadmiernem zgięciem przedramienia“, (dającem się zgiąć bez porównania znaczniej, niż po stronie zdrowej); 6) odruchy ścięgnowe i okostnowe często już od samego początku są zmienione i to albo zniesione lub osłabione, albo wygórowane. W dalszym ciągu w przeważnej liczbie przypadków występuje drganie padaczkowate stopy. 7) Odruchy skórne są również wogóle zmienione; odruch brzuszny i mosznowy są zwykle zwłaszcza w początkach, zniesione lub osłabione. Nader ważnym objawem jest przewrotny odruch podeszwowy, tzw. objaw paluchowy (palce stopy, przedewszystkiem wielki, prostują się, zamiast zginać, przy drażnieniu podeszwy. Obacz: *Przegl. lek.* i *Semaine méd.* 1898 oraz liczne prace innych autorów, potwierdzające wyniki badań B.). 8) Przykurczenia mają znamienne wejrzenie, nie dające się naśladować przez dowolny skurcz mięśni. 9) Rozwój porażeń odbywa się według stałych prawideł; przykurczenia następują po zwiotczeniu; polepszenie postępuje stopniowo i powoli; w stanie porażenia nie ma nagłych zmian i wahań.

Porażenia połowicze histeryczne: 1) Nie zawsze są czysto jednostronne, zwłaszcza w porażeniu twarzy bierze udział często i druga strona. 2) Porażenie jest często tzw. systematyczne, zwłaszcza na twarzy. Np. ruchy jednej strony twarzy mogą być zupełnie zniesione, a mimo to mięśnie na pozór porażone działają zupełnie prawidłowo przy ruchach współrzędnych, które dowolnie można wykonać tylko równocześnie po obu stronach. 3) Ruchy nieświadome lub napół świadome odbywają się prawidłowo; stąd brak obu powyżej wymienionych objawów porażenia organicznego (*„signe du peaucier“* i *„flexion combinée de la cuisse et du tronc“*). 4) Język zbacza niekiedy lekko po stronie zdrowej. 5) Brak obniżenia napięcia mięśni (*hypotoniciti musculaire*) i wywołanych przez nią objawów; jeżeli zaś istnieje np. asymetrya twarzy, to wywołaną jest przez kurcz, a nie przez obniżenie napięcia mięśni. 6) Odruchy ścięgnowe i okostnowe są prawidłowe: drganie padaczkowate stopy nie pojawia się. 7) Odruchy skórne nie zmieniają się; brzuszny i mosznowy są zwykle prawidłowe; niema objawu paluchowego. 8) Przykurczenia dają się naśladować dowolnym skurczem mięśni. 9) Przebieg jest kapryśny; porażenie może być bardzo długo wiotkie lub odrazu występują przykurczenia: zdarzają się wielkie i nagłe wahania w natężeniu i postaci porażeń. *C.*

Prof. Ipsen: **Dalszy przyczynek do widmowego wykrycia krwi.** *(Ztschrft. f. g. M.* III, F. T. XIX, Z. 1, 1900). Doświadczenia autora wykazały, że do wyługowania barwika krwi nadaje się octan potasowy w połączeniu z alkoholem, stanowiący składnik trzeciego płynu Kaiserlinga, służącego do przechowywania preparatów w barwach naturalnych. Barwik krwi przechodzi przy stałej ciepł. 38—40° C. w rozczyn jak hematyna alkaliczna, zmieniająca się za dodaniem siarczku amonu na hemochromogenę.

Horoszkiewicz.

Schäffer: **Krwawienia zastępcze i ich znaczenie sądowo-lekarskie.** *(Vjschr. f. g. M.* III. F. XIX. T. Z. 1. 1900.). Dziewczyna 20-letnia, gruźlicą nie obciążona, poczęła po usiłowanem jej zgwałceniu pluć krwią. Krwioplucie powtórzyło się po upływie 5 tygodni z taką siłą, iż skutkiem znacznej utraty krwi musiała się udać do szpitala. W ośm tygodni później wystąpił świeży krwotok, poczem krwioplucie trwało przez sześć dni.

Badanie płuc nie wykazało żadnych zmian, któreby te objawy tłómaczyć mogły, a autorowi, jako znawcy sądowemu, wypadło odpowiedzieć na pytanie, czy między krwiopluciem, względnie wymiotami krwawemi, a wspomnianem usiłowanem zgwałceniem istnieje związek przyczynowy. Na zapytanie podała badana, że w czasie usiłowanego jej zgwałcenia straciła ze strachu przytomność, tak, iż bronić się nie mogła, i że regularne i obfite miesiączkowanie stało się od tego czasu wybitnie skąpe. Na mocy tych wywiadów, jak i ujemnego wyniku badania narządów wewnętrznych, w szczególności płuc, oświadczył autor, iż krwawienia były zastępczemi, a wywołane zostały silnym urazem psychicznym. Tego rodzaju krwawienia z narządów, chorobą niedotkniętych, były w ostatnich czasach niejednokrotnie zauważane, a z uwagi na wywołującą je przyczynę, nazwano je „angioneurotycznemi“. Spostrzeżenie to ma dla sądowo-lekarskiej oceny zgwałcenia o tyle znaczenie, o ile wykazanie związku między gwałtem a zmianami w miesiączkowaniu daje podstawę do uwierzenia zgwałconej, że ze strachu nie była w stanie się bronić.

Horoszkiewicz.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25. kwietnia 1900.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. prof. Wachholz zdaje sprawę z pisma Dra Janiszewskiego z Zakopanego, w którem tenże zwraca się do Towarzystwa lek. krak. celem uzyskania opinii w sprawie swego wniosku, który ma przedłożyć Wydziałowi Krajowemu, a który dotyczy uzyskania zakazu palenia węglem w Zakopanem. Kol. sprawozdawca proponuje poprzeć gorąco wniosek Dra Janiszewskiego.

Kol. Bier sądzi, że wniosek Dra Janiszewskiego, żądający usunięcia palenia węglem, staje w poprzek postępowi. Zdaniem kol. Biera Dr. Janiszewski starać się powinien o uzyskanie z Wydziału Krajowego polecenia urządzenia dobrych palenisk, gdyż szkodliwość dymu zależy nie tyle od jakości materyału, użytego do opału, ile od jakości urządzenia palenisk. Stawia też wniosek, by Tow. lek. krak. wydało w tym duchu swą opinię.

Po przemówieniach kol. Doc. Seńkowskiego i kol. prof Wachholza przyjęto wniosek kol. sprawozdawcy.

3) Kol. sekretarz odczytuje list kol. Stanisława Kwiatkowskiego przesłany na ręce kol. przewodniczącego z prośbą, by Tow. lek. stosownie do brzmienia § 50 statutu wzięło go w obronę wobec nieprzychylnych dla niego komentarzy z powodu umieszczonego w »Słowie polskiem« pod jego sprostowaniem dodatku: »Jak się dowiadujemy, elewem tym jest Dr. Adam Schmidt« i wobec notatek w dziennikach warszawskich, wymieniających jego nazwisko, jako tego, który się pomylił w zastosowaniu dawki kolchicyny u wiadomych chorych w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych.

Kol. prof. Jordan podaje do wiadomości wynik rozpraw komitetu w tej sprawie streszczający się w sposób następujący: Komitet doszedł do przekonania, że kol. Stanisław Kwiatkowski nie miał nic wspólnego z umieszczeniem wspomnianego powyżej dodatku i że wogóle jest w tej całej w sprawie czysty; co do drugiego punktu, to umieszczanie sprostowań w dziennikach warszawskich przekracza granice kompetencyi Tow. lek.

4) Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Stefana Horoszkiewicza (26 głosujących).

5) Kol. Stanisław Dobrowolski (streszczenie własne). »Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym w klinice położniczej Prof. Jordana« W roku 1897 podał Fritsch modyfikacyę cięcia macicy przy cięciu cesarskiem zachowawczem, polegającą na poprzecznem przecięciu macicy w dnie, mniej więcej w rozległości przyczepu trąbek. Modyfikacya ta zdaniem Fritscha przedstawia następujące zalety: 1) chroni od wytwarzania się następowych przepuklin brzusznych; 2) umożliwia łatwiejsze przeprowadzenie czystości; 3) z rany macicy znacznie mniej krwawi, aniżeli przy cięciu podłużnem; 4) łatwe wydobycie płodu i popłodu; 5) znaczne zmniejszenie się rany po wydobyciu jaja płodowego; 6) możność operowania bez wyłuszcze-

nia macicy. Od pierwszej próby Fritscha do dnia dzisiejszego operowano w ten sposób już około 70 razy, a doświadczenie zebrane stworzyło znaczny zastęp zwolenników i znacznie mniejszą ilość przeciwników tego sposobu operowania. Zwolennicy stwierdzają wszystkie zalety, na które Fritsch zwrócił uwagę, a prócz tego znachodzą, że operować jest lepiej w ułożeniu według Trendelenburga i że bardzo łatwo przebiega zespolenie rany, utworzonej w macicy. Przeciwnicy Fritscha obawiają się zbytnio następowych zrostów macicy z żołądkiem, względnie jelitami, trudności w wydobywaniu jaja płodowego i zakażenia ogólnego otrzewnej w razie zropienia któregokolwiek ze szwów

W klinice Prof. Jordana sposobem Fritscha operowano cztery razy. Przypadek pierwszy dotyczył pierwiastki, dotkniętej bardzo znacznemi zmianami krzywicowemi całego kośćca, garbem (*kyphoscoliosis*) w dolnym odcinku kręgosłupa piersiowego z odpowiedniem wyrównaniem w odcinku lędzwiowym, miednicą ogólnie ścieśnioną, płaską, krzywiczą, niepomiarową, gdzie wymiar prosty wchodu wynosił zaledwie 6·5 ctm. Podczas pierwszego okresu porodowego, który przebiegał zupełnie prawidłowo, główka wstawiała się do wchodu ciągle ciemiączkiem bocznem Gassera. Rodzącą można było rozwiązać tylko drogą cięcia cesarskiego albo czekać na wskazanie ze strony matki i dokonać bardzo ciężkiego wymóżdżenia. Wobec zupełnie dobrego stanu ogólnego matki i płodu postanowiono poród ukończyć przez cięcie cesarskie. Operowano w ułożeniu chorej poziomem, cięcie, w 5 minut po wstrzyknięciu ergotyny, poprowadzono w powłokach brzusznych w tej samej rozległości nad, jak pod pępkiem. Z otwartej jamy brzusznej wytoczono macicę, więzy uciskano bardzo lekko palcami. Cięcie macicy było w dnie poprzeczne na $^1/_2$ ctm. poniżej przyczepu obu trąbek, szerokości odpowiadającej odległości ujść macicznych trąbek. Wytoczenie płodu jak i popłodu było bardzo łatwe, z rany macicznej krwotoku prawie nie było żadnego, natomiast po wydobyciu jaja płodowego dosyć obfity krwotok z niedowładu. Szycie rany macicy bardzo przyjemne z powodu dobrego dostępu i łatwej ciągliwości otrzewnej. Płód wydobyty, 48 cm. długi, ważył 3350 i był zupełnie omdlały.

Przypadek drugi dotyczy również pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną, płaską, krzywiczą (wymiar prosty wchodu wynosił 7 ctm.) z naroślą kostną na spojeniu łonowem. W 10 godzin od rozpoczęcia się bólów porodowych, a w 5 godzin po pęknięciu pęcherza, zbliżało się szybkim krokiem wskazanie do ukończenia porodu, przy ujściu zewnętrznem, drożnem dla trzech palców, główce wysoko nad wchodem umieszczonej. Ponieważ stan ogólny matki i płodu był bardzo dobry, ukończono poród cięciem cesarskiem. Operowano według sposobu Fritscha, tylko w ułożeniu według Trendelenburga, bez wytaczania macicy i bez ucisku na więzadła. Przy operacyi stwierdzono ponownie wszystkie zalety cięcia poprzecznego. Krwotoku z niedowładu w tym przypadku nie było. Skutkiem uporczywego kaszlu w 13 dniu po operacyi, a w drugim dniu po wyjęciu szwów z powłok, nagle chorej pękła w górnym odcinku zlepiona już rana, a brzegi jej rozstąpiły się na szerokość dłoni. Wypadnięta sieć wypełniła ranę i do 6 tygodni wgoiła się w ranę tak, że operowana opuściła klinikę z blizną wcale nierozległą.

Trzeci przypadek dotyczy wieloródki, która rodziła raz przed dwoma laty. Siłami natury urodziła po 4 dniach płód nieżywy, a jako następstwo tego przydługiego porodu pozostała jej przetoka pochwowo-pęcherzowa wielkości talara, zupełne przedarcie krocza, zbliznowacenie całej pochwy i ubytek $^2/_3$ górnych cewki moczowej. Z tymi objawami zgłosiła się w trzy miesiące po porodzie do kliniki prof. Jordana. Stosunki wytworzone przez poród były takie, że niepozostało nic innego do zrobienia, jak zeszycie niskie poprzeczne pochwy (colpocleisis) i zeszycie krocza. Wszystko przygoiło się po operacyi dobrze, tylko w linii zeszycia pochwy pozostała przetoka, drożna dla zwykłej sondy macicznej. Chora miała się zgłosić po upływie trzech miesięcy do poprawki zeszycia pochwy, nie uczyniła jednakże tego, i zgłosiła się dopiero w końcu ciąży. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że po wyjściu z kliniki zastąpiła wkrótce i poroniła po dwóch miesiącach. Danych co do ostatniej regularności lub pierwszych ruchów płodu podać nie umie. Ciężarna przybyła do kliniki dopiero, skoro wystąpiły objawy przedwczesnego odklejenia się łożyska. — Po przybyciu jej do kliniki stwierdzono początek dziesiątego miesiąca ciąży u kobiety, dotkniętej nieznacznego stopnia naciekiem gruźliczym w szczycie prawym, miednicą we wchodzie prawidłową, ścieśnioną zaś najprawdopodobniej we wychodzie. Przy badaniu wewnętrznem napotkano zaułek pochwowy, mniej niż na falangę długi, w szczycie zaułka otwór dla palca wygodnie drożny, prowadzący do pochwy, zmienionej jak opisano poprzednio. Przednia warga części pochwowej na $^1/_4$ falangi długa, tylnej zupełny brak, ujście zewnętrzne drożne dla dwóch palców, pęcherz utrzymany, nad wchodem główka. Rozwiązanie w tym przypadku możliwe tylko drogą cięcia cesarskiego albo sposobem Porro, albo zachowawczym. Wybrano ten drugi ze względu, że płód, który miał być obecnie wydobyty, był niedonoszony, a operować trzeba było zaraz z powodu objawów przedwczesnego odklejenia się łożyska; matka chciała mieć koniecznie potomstwo, postanowiono jej przeto nie pozbawiać macierzyństwa. Gruźlica płuc była bardzo niedaleko posunięta i można było się spodziewać, że w zupełności przycichnie, przeto nic nie stanie na przeszkodzie następnemu zastąpieniu.

Operowano zupełnie podobnie, jak w przypadku drugim, i stwierdzono ponownie wszystkie zalety sposobu Fritscha. Po wydobyciu płodu powstał jednakże silny krwotok i niedowład macicy.

Ostatni wreszcie przypadek z kliniki dotyczy również wieloródki ze zbliznowaceniem pochwy. Rodziła ona raz przed trzema laty, poród ukończył się po trzech dniach urodzeniem płodu nieżywego. W połogu przebyła ropnicę i przez 8 tygodni po porodzie chorej mocz oddawała drogą pochwy. Wyleczenie przetoki nastąpiło samoistnie, poczem chora przez rok zupełnie nie miesiączkowała. Po roku bóle miesiączkowe (*molimina*) w czterotygodniowych odstępach czasu, po 7 dni trwające, pojawiały się bez żadnego krwawienia drogą pochwy; natomiast wśród bolów wytworzył się guz nad spojeniem. Przy czwartym z rzędu napadzie bólów guz nagle się zmniejszył, gdyż drogą pochwy odeszła duża ilość cieczy mazistej. Z powodu tych przypadów leczoną była przez kol. Doc. Dr. Brauna. Stwierdził on całkowite zarośnięcie pochwy z powodu zbliznowaceń, a wśród nich otworek, drożny tylko dla sondy. Rozszerzaniem systematycznem przeprowadził kol. Braun przez zwężenie rozszerzadło Hegara Nr. 7, poczem chora miesiączkowała bez żadnych dolegliwości, wkrótce też zastąpiła. Po upływie ośmiu miesięcy ciąży zgłosiła się do kol. Brauna, który począł rozszerzać zwężenie w pochwie. Po tygodniowem rozszerzaniu ciężarna dostała rytmicznych bolów i z tego powodu przeniesiono ją do kliniki. Badanie wykazało ciężarną w IX m. ks. ciąży z miednicą ogólnie ścieśnioną II stopnia, płód żyjący, w pochwie na falangę poza wejściem do pochwy lejkowate zwężenie, a w jego szczycie otworek, w który daje się wtłoczyć koniec opuszki palca; dalsze badanie niemożliwe. — Bóle na razie udało się uspokoić. — W dwa tygodnie stwierdzono w uśpieniu, że zwężenie w pochwie da się na tyle rozszerzyć każdej chwili, że odpływ odchodów połogowych będzie zapewniony. Skoro zbliżył się kres ciąży, raz i drugi założono balonik Barnesa Nr I, który odpowiednio rozszerzył zwężenie. Skoro rozpoczął się poród, dokonano cięcia cesarskiego sposobem Fritscha, przyczem znowu stwterdzono wszystkie jego zalety. Krwotok atoniczny i przy tej operacyi miał miejsce, jednakowoż był on bardzo nieznaczny.

Wyniki otrzymane w klinice Prof. Jordana przy operowaniu według sposobu Fritscha pozwalają twierdzić, że: 1) operować najlepiej w ułożeniu według Trendelenburga bez wytaczania macicy i ucisku więzadeł, 2) z rany macicy nie ma prawie żadnego krwawienia, 3) wydobycie płodu i popłodu jest łatwe, 4) po wydobyciu jaja płodowego rana macicy znacznie się zmniejsza, 5) szycie macicy tak warstw głębokich, jak i otrzewnej jest nadzwyczaj przyjemne i łatwe. — Wybór cięcia zupełnie natomiast nie wpływa na ilość i jakość krwotoków z niedowładu macicy.

W dyskusyi zabierają głos: Kol. prof. W a c h h o l z zaznacza, że dwa ostatnie przypadki są nader ciekawe, a to ze względu, iż mimo przetoki pęcherzowo-pochwowej nastąpiło zapłodnienie; w obu tych przypadkach, zdaniem mówcy, wskazaną była z punktu widzenia medycyny sądowej raczej operacya Porro, niż konserwatywna metoda Fritscha.—Kol. Tymoteusz P i o t r o w s k i opisuje przypadek cięcia cesarskiego metodą Fritscha z oddziału prof. Rosnera i podnosi, że ze względu na jelita lepiej jest operować *in situ*.

Kol. Doc. B r a u n (streszczenie własne). Jak z przedstawienia Kol. Dobrowolskiego widzimy, to i doświadczenia w krakowskiej klinice położniczej wypadły na korzyść cięcia poprzecznego Fritscha i potwierdzają zdanie wielu autorów, którzy twierdzą, że modyfikacya cięcia, podana przez Fritscha, posiada nieco stron dodatnich i zasługuje na powszechne zastosowanie. Czy atoli z czasem zaniechamy dawniej używanego cięcia podłużnego, a będziemy posługiwać się tylko cięciem poprzecznem, w dnie macicy poprowadzonem, to o tem dopiero liczniejsze doświadczenia rozstrzygnąć mogą; — dzisiaj tylko możemy

zestawić oba cięcia i przekonać się, że cięcie poprzeczne ma obok wielu dodatnich i ujemne strony w porównaniu z cięciem podłużnem. Jeżeli uwzględnimy, w jak gęstą sieć naczyń krwionośnych jest zaopatrzona macica podczas ciąży, to zrozumiemy łatwo, że każde przerwanie łączności macicy, czy to będzie przekłócie, rozdarcie, czy wreszcie rozcięcie ostrem narzędziem, będzie połączone ze znacznem krwawieniem. Nic zatem dziwnego, że podczas cięcia cesarskiego, kiedy dla wydobycia ciała tak dużego, jak jest płód donoszony rozciąć musimy macicę na znacznej przestrzeni, mamy do czynienia zawsze ze znacznym ubytkiem krwi, — dlatego cięcie cesarskie, choć należy dziś do najwięcej typowo dających się wykonać zabiegów położniczych, jest przecież dzisiaj dla rodzącej zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym. Niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego leży raz w łatwości zakażenia, powtóre w utracie znacznej ilości krwi. — Zakażenie jest albo pierwotne jeśli wśród operacyi zaniedbaliśmy spełnienia ścisłego zasad antywzględnie aseptyki, albo następowe, jeżeli zatrzymane części popłodu ulegną rozkładowi, lub wreszcie odchody połogowe przedostaną się przez ranę maciczną do jamy brzusznej. — Podczas gdy zakażeniu pierwotnemu możemy zapobiedz przez zachowanie idealnej czystości w ciągu całej operacyi, i to z jednakową ścisłością i łatwością tak przy cięciu poprzecznem jak i podłużnem, to co do zakażenia następowego odmiennie się ma rzecz przy cięciu poprzecznem, niż przy podłużnem. Jeżeli bowiem stwierdzimy przy cięciu poprzecznem brak błon płodowych, to wchodzimy do worka macicznego przez ranę, jakby otwór kieszeni i za pomocą dotyku staramy się odszukać resztki utrzymanych błon.—Każdy, kto wyjmował ręką, wprowadzoną do macicy zatrzymane błony, przyzna, że wtedy z łatwością przyjdzie mu wyjąć błony, jeżeli one sterczą w postaci szmat do jamy macicy. — Jeżeli zaś błony przylegają szczelnie do macicy, to ręka niepotrafi rozstrzygnąć, gdzie leżą błony, bo ściana macicy bez błon, jak i z błonami przyczepionemi, przedstawia zawsze powierzchnię gładką. Tu zatem najlepiej wyrobiony dotyk błon nie odkryje. Inaczej rzecz się przedstawia przy cięciu podłużnem, gdzie macicę od góry do dołu wzdłuż całej jej długości rozcinamy niemal na 2 połowy, które nietylko wymacać, ale i oglądnąć wszędzie dokładnie możemy. Tu wydobycia utrzymanych błon dokonujemy nietylko za pomocą dotyku, ale i pod kontrolą wzroku. — By odchody połogowe z macicy nie przedostawały się do brzucha, powinna rana macicy być szczelnie zespojona. Jakkolwiek brzegi dna przy cięciu poprzecznem są grubsze i po zespojeniu na znacznej przestrzeni ze sobą się stykają, to można i przy cięciu podłużnem zespoić dokładnie brzegi macicy, byle tylko główną wagę kłaść na założenie szwu surowiczego, który najwięcej chroni jamę macicy od zetknięcia się z jamą brzuszną. — Jakże wreszcie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli nastąpiło zakażenie rany macicy; wtedy przy cięciu poprzecznem styka się rana zanieczyszczona nietylko z siecią i kiszkami, ale jest znacznie oddalona w bok od rany brzusznej, gdy znowu przy cięciu podłużnem leży rana macicy tuż przy ranie brzucha, z takową się łatwo zrasta, i ropa z łatwością się przebić, względnie wypuszczoną być może. Ze względów na te możliwe powikłania, jak wydobycie resztek popłodu i zakażenie rany macicznej, przedstawia cięcie podłużne więcej korzyści, aniżeli cięcie poprzeczne. — Przypatrzmy się teraz drugiej komplikacyi t. j. krwotokowi, jaki towarzyszy każdemu cięciu cesarskiemu. Krwawienie to powstaje najpierw z rozcięcia ściany macicy a następnie z niedowładu macicy. Krwotok, o ile pochodzi z przecięcia macicy, zależy przedewszystkiem od ilości przeciętych naczyń i będzie tem większy, im więcej unaczynione miejsce macicy zostanie rozcięte. Jeżeli przypomnimy sobie tablice kol. prof. Kostaneckiego, przedstawiające rozmieszczenie naczyń macicznych, to widzimy, że macica jest jakby w ramach umieszczona pomiędzy tętnicami macicznemi, biegnącemi po obu bokach macicy. Od tych dwóch głównych pni odchodzą prostopadłe gałęzie i wchodzą w miąższ macicy, zdążające ku jej środkowi Zdaje się jak gdyby, w samym środku było miejsce mało, lub wcale nieunaczynione Z tego rozmieszczenia naczyń wynikaćby powinno, że rozcięcie macicy w tem środkowem miejscu, które jest niejako zaznaczeniem, gdzie się zrosły oba kanały Müllera, zanim z nich powstała jedna macica, będzie połączone z nieznacznem krwawieniem i wskutek tego cięcie podłużne powinno mieć więcej uzasadnienia, niż cięcie poprzeczne, które przecina dno, zaopatrzone w grubą sieć naczyń, odchodzących tak od tętnic macicznych, jak i jajnikowych. Wprawdzie przecina się przy cięciu poprzecznem równolegle do przebiegu naczyń i później szew przypada prostopadle do naczyń i łatwiej krwotok tamuje — to jak sądzę nie ma tak znacznego wpływu, skoro tak po cięciu poprzecznem, jak i podłużnem, tamujemy krwotok przez zespojenie brzegów rany, — Obok naturalnego rozmieszczenia naczyń wpływa na wielkość krwotokui usadowienie się łożyska, bo w tem miejscu, gdzie się łożysko rozwija rozwija się więcej naczyń. Wobec tego, że łożysko częściej jest usadowione na przedniej ścianie, aniżeli na dnie, należałoby raczej rozciąć poprzecznie dno macicy, niż przednią ścianę podłużnie. Po rozcięciu macicy krew wylewa się obficie z rozciętych naczyń i to w obfitej ilości tak długo, dopóki jama macicy nie wypróżni się z jaja płodowego i nie skurczy się należycie. Stąd, im krócej trwa okres wydobycia płodu i popłodu, tem mniejsza będzie strata krwi rodzącej. Wydobycie płodu w położeniu czaszkowem jest jednakowo łatwe przy jednem i drugiem cięciu; przy pośladkowem trudniejsze wydobycie po poprzecznem cięciu, a bardzo trudne przy położeniu płodu poprzecznem. Stąd wydobycie płodu przy cięciu poprzecznem, a położeniu płodu poprzecznem i pośladkowem trwa dłużej, stąd większa strata krwi. Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedno utrudnienie w wydobyciu płodu na zewnątrz, nawet przy położeniu główkowem. Zdarza się nieraz, że po odpływie wód płodowych ulega skurczowemu ściągnięciu okolica ujścia wewnętrznego i wskutek tego następuje obciśnienie się ujścia macicy około szyjki płodu tak znacznego stopnia, że płodu ani przez pochwę na zewnątrz kleszczami wydobyć nie można, ani też przez ranę maciczną, jeżeli podobna komplikacya zdarzy się przy cięciu cesarskiem. Jeżeli zaś wystąpi to przy cięciu poprzecznem to musimy dodatkowo rozciąć macicę podłużnie i to tak nisko, aby owo ściśnienie kurczowe ujścia usunąć, podczas gdy od razu rozcinając macicę podłużnie, możemy już przy cięciu znieść owo ścieśnienie kurczowe. — Okres zatem wydobywania płodu i popłodu trwa znacznie dłużej przy cięciu poprzecznem, niż przy podłużnem, stąd i strata krwi większa, niż po cięciu podłużnem Z chwilą wydobycia jaja płodowego zaczyna się macica kurczyć, brzegi rany stają się krótkie i grubsze, a przez skurcz brzegów naczynia ulegają zaciśnieniu i krwotok ustaje. Im będzie miejsce rozcięcia macicy grubsze, tem brzegi energiczniej się ściągają i łatwiej ustaje krwawienie. Tą myślą kierując się Cohnstein polecał rozcinać macicę na tylnej ścianie, Müller zaś cięciem podłużnem samo dno macicy, uważając te okolice macicy za najgrubsze. Z tego względu musimy cięcie poprzeczne Fritscha w dnie uważać za korzystniejsze, niż cięcie poprzeczne, przy którem obok trzonu rozcinamy i cienkie ściany dolnego odcinka macicy, zatem brzegi są mniej kurczliwe, Wreszcie krwawienie dopiero ustaje zupełnie z chwilą, kiedy ranę zespoimy. Brzegi grube po cięciu poprzecznem lepiej dadzą się zespoić, niż cienkie po cięciu podłużnem. Po zespojeniu rany, nieraz najdokładniejszem, mamy do czynienia z krwotokiem z powodu niedowładu macicy. Co daje powód do atonii, tego dzisiaj niewiemy. Obwiniano czas, w którym przystąpiono do cięcia cesarskiego, wychodząc z ułożenia, że im ujście mniej rozwarte, tem skurcze macicy po wyjęciu płodu słabsze. Dlatego zgodzono się, aby wykonywać cięcie z końcem pierwszego okresu porodowego. Przypuszczano dalej, że atonia powstaje z powodu ucisku naczyń macicznych, albo przez ligaturę Müllera na szyjkę macicy położoną wywartego, lub za pomocą rąk asystenta dokonywanego, dlatego ucisku, jako mającego sprowadzać następowe porażenie i krwotok, dzisiaj nie stosujemy. O wywołanie atonii tem trudniej obwiniać kierunek cięcia, bo po obu cięciach krwotok atoniczny powstaje. Wreszcie ze względu na wypadek powtórnego cięcia cesarskiego, łatwiej i bezpieczniej jest otworzyć macicę, która przednią ścianą jest zrośnięta na całej długości z powłokami brzusznemi, aniżeli po cięciu poprzecznem, gdzie styka się macica z powłokami na jednym punkcie. Mimo tych ujemnych stron uważać należy cięcie poprzeczne Fritscha za 1) korzystną modyfikacyę cięcia macicy, 2) za nadające się bezwzględnie w przypadkach, gdzie przednia ściana macicy skurczona, zrośnięta jest z pochwą, lub tylną ścianą pęcherza, jak to się zdarzyć może u osób, które przebyły *vaginofixatio* lub *vesicofixatio*; 3) za nadające się bezwzględnie wtedy, jeżeli przednia ściana macicy jest zajęta włókniakiem; 4) za kwalifikujące się względnie tam, gdzie na przedniej ścianie macicy jest usadowione łożysko. W innych przypadkach należy, jak dotąd, stosować cięcie podłużne, które ze względów antyseptyki stoi wyżej, niż cięcie poprzeczne.

Obecnie wracając do poszczególnych przypadków, przedstawionych przez kol. Dobrowolskiego, nie uważałbym w pierwszym przypadku, gdzie wykonano cięcie cesarskie z powodu ścieśnienia miednicy o wymiarze prostym wchodu miednicy 6 ctm., a wymiarze poprzecznym 7 ctm., za wskazanie względne, bo tego rodzaju ścieśnie-

nie jest bezwzględnem, tak że w danym razie jest tylko cięcie cesarskie wskazane, a nie obok cięcia cesarskiego i wymóżdżenie, co stanowiłoby wskazanie względne. Co do trzeciego przypadku, gdzie operowano z powodu rozlicznych blizn w pochwie, przetoki rozległej moczowej i blizny po *kolpokleisis* i nacieku gruźliczego w płucach, wykonałbym obok cięcia cesarskiego zachowawczego jeszcze przecięcie obustronne trąbek, aby zostawiając macicę i jajniki przecież zapobiedz następowej ciąży, która na naciek gruźliczy w płucu chorej może wpłynąć niekorzystnie. Co do czwartego przypadku nasuwa się pytanie bardzo ważne, coby robić należało, gdyby ta kobieta zaczęła była ronić we wczesnych miesiącach ciąży. Wtedy przez drobny otwór w pochwie jajo płodowe niedałoby się wydobyć, więc pozostawałaby jeszcze jedyna droga wycięcia macicy nadpochwowego, które musiałoby być wykonane, gdyby przedtem probowane rozszerzenie miejsca zwężonego nie prowadziło do celu.

Kol. prof. Jordan odpowiada na zarzuty, podniesione przez kol. prof. Wachholza i kol. doc. Brauna przeciw postępowaniu konserwatywnemu w przypadku trzecim, motywując swe postępowanie w następujący sposób: 1) Metoda konserwatywna dawała widoki rychłozrostu, zatem krótkiego przebiegu pooperacyjnego. Przy operacyi metodą Porra wszywa się kikut w powłoki, który się goi *per secundam*, narażać zatem może chorą na ropienie i długie leżenie pooperacyjne, które u danej chorej z naciekiem gruźliczym w szczycie płucnym mogło bardzo niekorzystnie wpływać na stan ogólny. 2) Odgrywały rolę względy pożycia małżeńskiego; kobieta młoda, wcale inteligentna, byłaby nieszczęśliwą i złamaną całe życie, gdyby się jej usunęło macicę. Ponowna ciąża nie przedstawia wielkiego nieszczęścia wobec tego, że dziś cięcie cesarskie nie jest tak niebezpieczną operacyą, jak było dawniej. Najnowsza statystyka wykazuje zaledwo 6% śmiertelności po tej operacyi. Co się tyczy samej metody Fritscha, to do wskazań, jakie podał kol. doc. Braun, musi dodać jeszcze jedno wskazanie bezwzględne, mianowicie trzeba ją stosować w przypadkach, w których pierścień skurczowy stoi wysoko. Do zalet zaś, które wyliczył kol. Dobrowolski dorzucić musi jeszcze jedną, mianowicie bardzo łatwe szycie.

Po zamknięciu dyskusyi naukowej zapytuje kol. Przewodniczący obecnych czy nie mają nic przeciw temu, aby wobec wielkiej ilości zgłoszonych odczytów urządzać posiedzenia naukowe Towarzystwa co tydzień. Po żywej dyskusyi uchwalono na wniosek kol. prof. Ciechanowskiego odroczyć rozstrzygnięcie sprawy do następnego posiedzenia. Na tem zakończono obrady. *Dr. Stanisław Droba*, sekretarz.

VI. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

I.

Monachium nie tylko ze względu na arcydzieła, nagromadzone w Pinakotekach, Glyptotece i innych galeryach, będących własnością publiczną lub prywatną, nie tylko ze względu na opery Wagnera, wystawiane tutaj z pietyzmem dla mistrza narodowego, budzi zainteresowanie; zasługuje ono na baczną uwagę, oraz bliższe poznanie i ze stanowiska lekarskiego. Co się tyczy stosunków uniwersyteckich i szpitalnych, to odsełając czytelnika do szczegółów, umieszczonych w innej mej publikacyi, mam zamiar tutaj podzielić się wrażeniami, jakie odniosłem zwiedzając liczne urządzenia i instytucye, pozostające pod nadzorem władz sanitarnych miejskich.

Jeżeli jeszcze przed laty piętnastu stosunki zdrowotne były tu nie do pozazdroszczenia, a cholera w swych wędrówkach i tu zabierała poważną liczbę ofiar, dur zaś panował nieustannie, to dzisiaj miasto nie bez słuszności może się poszczycić, że jest, jeśli nie pierwszem, to jednem z najpierwszych miast Europy co do zdrowotności, a zawdzięcza to systematycznie przeprowadzonej kanalizacyi, wodociągom i budowie rzeźni miejskiej. Nieoszacowane usługi w tym kierunku oddali: Pettenkoffer, Erhardt burmistrz miasta i Zenetti radca budownictwa miejskiego. W trójcy tej pierwszy był inicyatorem projektów, których doniosłość naukowo udowadniał, drugi niestrudzenie je popierał i popularyzował, trzeci wreszcie objął kierownictwo strony technicznej przedsiewzięć, gdy raz uzyskały odpowiednią sankcyę.

Monachium leży w kotlinie, przeciętej od południowego zachodu ku północnemu wschodowi Izarą i spadającej tarasami ku tejże rzece. Prócz Izary przerzynają miasto liczne mniejsze strumienie, do niej uchodzące. Wierzchnią warstwę gruntu stanowi tu przepuszczalny żwir pochodzenia częściowo napływowego *(Aluvium)*, częścią zaś dyluwialnego, spoczywający na warstwie nieprzepuszczalnej marglu, pochodzącego z okresu trzeciorzędnego. Izara wyżłobiła sobie koryto z biegiem czasu w tej warstwie nieprzepuszczalnej. Pod miastem chyżość jej prądu jest stosunkowo wielka, ilość bowiem wody przy wyjątkowo nizkim stanie wynosi 54, przy zwykłym wysokim 280 metrów sześciennych na sekundę. Przy niezwykle nizkim i niezwykle wysokim stanie wody, ilości te wahają się między 30 a 1000 metrów sześciennych.

Te stosunki geologiczne gruntu i obecność rzeki górskiej o tak wartkim prądzie okazały się wyjątkowo korzystnymi dla kanalizacyi takiej, jaką przeprowadza obecnie Monachium. Zasługa tego w pierwszym rzędzie leży po stronie Pettenkofera, który, jeźli nie pierwszy postawił, to o ile mi się zdaje pierwszy udowodnił teoryą, że epidemie duru i cholery w wysokim stopniu są zawisłe od stopnia zanieczyszczenia gruntu i nawołując do poprawy stosunków w tym kierunku, z najwięcej wpływowymi wówczas ludźmi w mieście przeprowadził swe plany.

Dawniej w całem mieście posługiwano się dołami kloacznymi, najczęściej wadliwie zbudowanymi, lub urządzano ścieki do strumieni, miasto przerzynających. Niewielka tylko część t. zw. „Starego miasta" posiadała kanały o płaskich dnach i prostopadłych ścianach, pomieszczone w niedostatecznej głębokości. Że w takich warunkach musiało przyjść do kolosalnego zanieczyszczenia gruntu, nic dziwnego, zwłaszcza jeśli się zważy tę okoliczność, że miasto nadzwyczaj szybko wzrastało.

Po cholerze w r. 1854 zaczęto wprowadzać doły kloaczne już o ścianach nieprzepuszczalnych; w roku 1858 pobudowano w nowopowstających dzielnicach kanały według planów Zenettiego, które miały przekrój jajowaty i były zaopatrzone w urządzenia do spłókiwania zawartości; ale dopiero po cholerze w latach 1873/74 zabrano się energicznie do kanalizowania miasta na podstawie planów, sporządzonych przez londyńskiego inżyniera Gordona, a zmodyfikowanych przez urząd budownictwa miejskiego.

W planie kanalizacyi uwzględniono t. zw. system decentralizacyi: pojedyncze części miasta posiadają każda odrębną sieć kanałów, uchodzących bądź to wprost do Izary, bądź to do kanału głównego i przeprowadzono podział na części na podstawie wysokości terenu. Ten system decentralizacyi, najlepiej się nadający w miastach, których wzrost w przyszłości nawet w przybliżeniu nie da się oznaczyć, tu był tem łatwiejszy do przeprowadzenia ze względu na wspomniane terasowate ukształtowanie powierzchni.

Zaczęte od dzielnic najwięcej zaniedbanych i dla tych zaprojektowano 9 samoistnych sieci kanałów, a w roku 1886 wypracowano projekt 13 nowych sieci, obejmujących resztę miasta. Praca ta, szybkiem tempem postępująca, jest do obecnej chwili w toku i rozumie się, wobec ustawicznego wzrostu miasta, nigdy nie będzie można jej uważać za całkowicie ukończoną; w każdym jednak razie spodziewaną jest rzeczą, że doły kloaczne w niedługim czasie do historyi już tylko będą należeć.

W budowie kanałów uwzględniono tu wszystkie wymagania higieny i zastósowano najnowsze odkrycia w tym kierunku; nie zapomniano o wpustach na wodę deszczową i o urządzeniach do spławiania i czyszczenia kanałów. W przeprowadzeniu tego dzieła, które dotąd przeszło 19 milionów

marek kosztuje, ważnym i godnym zaznaczenia momentem było pozwolenie ministeryalne na wpuszczenie kanałów do Izary; w ten bowiem sposób system kanalizacyi spławnej w całej pełni dał się zastósować z pominięciem kosztownego oczyszczania cieczy kanałowej.

To wpuszczenie kanałów do rzeki napotyka na wielkie trudności i posiada całą długą historyę. Podczas gdy przed rozpoczęciem kanalizacyi i tak prawie wszystkie nieczystości do Izary się dostawały zapomocą drobniejszych strumieni, przecinających miasto, to gdy też same nieczystości chciano zapomocą dobrych kanałów w ten sam sposób usuwać, miasta nad Izarą, poniżej Monachium leżące, podniosły protest, obawiając się zanieczyszczenia rzeki w najwyższym stopniu, zamulenia jej koryta, zepsucia powietrza, zanieczyszczenia studzien w okolicach przybrzeżnych i t. p. rzeczy.

I rzeczywiście doświadczenia, jakie w tym kierunku zrobiły ze swemi rzekami miasta Londyn, Paryż, Hamburg, Frankfurt nad Menem i inne, wcale nie było zachęcające; a jednak idąc za radą Pettenkofera zrobiono to samo. I sprawdziły się jego przypuszczenia, oparte na obliczeniach w przybliżeniu. Wyrachował on mianowicie, biorąc pod uwagę szybkość prądu rzeki, że woda jej, przez wpuszczenie cieczy kanałów nie będzie zawierała więcej, niż jedną część składników stałych na 130,000 części wody, że więc zanieczyszczenie będzie minimalne i że wreszcie nie potrzeba się będzie obawiać niekorzystnego wpływu na zarybienie rzeki wobec tego, że Monachium z przemysłu fabrycznego posiada wyłącznie prawie tylko browary, które trujących odpadków nie wytwarzają.

Badania bakteryologiczne i chemiczne wody, przedsiębrane aż do roku 1898 co miesiąc, a od tego czasu tylko przy nizkim stanie wody, nie przedstawiają się wcale niepokojąco: pod względem chemicznego składu nie dało się do tego czasu wykazać pogorszenia wody, drobnoustrojów zaś zawiera Izara pod Monachium 5 do 10 razy mniej, niż Sprea pod Berlinem i nadzwyczaj się z nich szybko oczyszcza. Miasta przybrzeżne (Freising, Landshut), poniżej Monachium leżące, pod względem zdrowotności także nic nie straciły, śmiertelność bowiem w nich nie wzrosła, tylko się zmniejszyła.

Dla ilustracyi, na jakie trudności napotykało postępowe skanalizowanie miasta ze strony prywatnych właścicieli i jak opornie szło ono, przytaczam dwa przykłady: Pewien obywatel tutejszy posiadał dwa domy, jeden nowy z dołem kloacznym o ścianach nieprzepuszczalnych, według przepisu, drugi stary z dołem kloacznym starym, wadliwie zbudowanym. Gdy został wezwany do przerobienia tego ostatniego, wniósł rekurs, w którym zaznaczył, że doły kloaczne według nowego przepisu uważa za złe stanowczo, bo podczas gdy jego stary zbiornik „tak dobrze funkcyonuje“, że go od 20 lat nie potrzebował opróżniać, to z nowego jest zmuszony co parę miesięcy ciecz wypompowywać. Oto dowód, powiada do tego przypadku Pettenkofer, jak wielkie zanieczyszczenie jest w stanie znieść i znosi grunt miasta.

Ale i ze strony, z której się tego najmniej można było spodziewać, napotykano na opór. Prof. Dr. Hofman, członek Rady zdrowia, posiadał dom, którego kloaki według polecenia z kanałem miejskim połączył; wkrótce potem nastąpiło takie zanieczyszczenie powietrza w całej jego posiadłości od piwnic do strychu, że mieszkańcy domu grozili wyprowadzeniem się. Podniesiono wielką wrzawę w dziennikach z tego powodu, zaczęto się skarżyć, że magistrat chce zapowietrzyć całe miasto, a Hofmann swymi wpływami i stosunkami, zwłaszcza gdy podobnych przypadków zdarzyło się kilka, wyrobił u władz państwowych zakaz, (który trwał kilka miesięcy) łączenia domów z kanałami miejskimi. Gdy się jednak po dokładnem zbadaniu pokazało, że wszędzie tam, gdzie nowe urządzenia źle funkcyonowały, połączenie było wadliwie przez nieumiejętnego budowniczego przeprowadzone, zakaz cofnięto, a łączenie kanałów oddano pod ścisły nadzór władz miejskich, poczem nigdy podobny przypadek się nie wydarzył.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Towarzystwo samopomocy lekarzy.

Reskryptem Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1. maja 1900 L. 14168 został zatwierdzonym „in extenso“ statut mającej powstać w kraju organizacyi lekarzy, wobec czego Wys. c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 25. maja 1900 L. 45158 zezwoliło na zawiązanie stowarzyszenia pod nazwą: „Towarzystwo samopomocy lekarzy w W. Ks. Krakowskiem, Galicyi, na Śląsku i na Bukowinie z siedzibą w Krakowie“.

W ten sposób prace wstępne Komisyi organizacyjnej, wybranej w listopadzie z. r., pomyślny wieńczy skutek.

Gdy zatem nic już nie stoi na przeszkodzie, Komisya organizacyjna, pragnąc jak najprędzej doprowadzić do skutku faktyczne zawiązanie się Towarzystwa i złożyć jego kierownictwo w ręce wybrać się mającego po myśli statutu zarządu, zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich P. T. pp. lekarzy i chirurgów, aby raczyli już teraz i to jak najprędzej zgłaszać się z zamiarem przystąpienia do Towarzystwa, gdyż od tego zależeć będzie ukonstytuowanie się i zwołanie pierwszego zgromadzenia celem dokonania wyboru Zarządu, ułożenia regulaminu i oznaczenia niezbędnych wkładek na pierwsze wydatki. Zgłoszenia te, zanim zorganizuje się pierwszy zarząd Towarzystwa, nadsyłać należy za pomocą kart korespondencyjnych pod adresem sekretarzy komisyi organizacyjnej w Krakowie: *Dra Langiego (ul. Sławkowska 31) lub Dra Słapy (ul. Kolejowa 4)* z wyraźnem podaniem imienia i nazwiska, miejsca zamieszkania i najbliższej poczty. Po otrzymaniu dostatecznej ilości zgłoszeń zostanie zwołanem pierwsze zgromadzenie celem ukonstytuowania się, o czem wszyscy koledzy zawiadomieni zostaną za pośrednictwem dzienników krajowych.

Nie mogąc, z przyczyn od komisyi niezależnych, umieścić całego statutu w „Przeglądzie lekarskim“, korzysta komisya organizacyjna z łaskawej uprzejmości Szanownej Redakcyi „Przeglądu“ i podaje do wiadomości P. T. pp. Prenumeratorów i Czytelników tymczasowo najważniejsze paragrafy, określające w dosłownem brzmieniu cel nowego stowarzyszenia.

Paragrafy te są następujące:

§ 3. Celem stowarzyszenia jest: 1) popieranie materyalne członków: a) w postaci udzielania zapomóg w razie przemijającej niezdolności do pracy zawodowej, w miarę zaś pomyślnego rozwoju towarzystwa przez udzielenie wsparcia wdowom i sierotom po lekarzach, tudzież wspieranie członków w razie trwałej niezdolności do pracy; b) przez pośredniczenie w zyskiwaniu posad; c) przez wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia towarzystwa w tym kierunku zmierzających.

2) Popieranie moralne członków: a) przez przestrzeganie zasad etyki lekarskiej i koleżeństwa; b) przez załatwianie sporów między Kolegami praktykującymi powstałych; c) przez wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia w tym celu powziętych.

§ 4. Wszelkie kwestye polityczne z zakresu działania towarzystwa są wykluczone.

§ 6. Członkiem zwyczajnym stowarzyszenia może być każdy dyplomowany lekarz lub chirurg po przyjęciu przez Wydział i złożeniu wpisowego.

§ 8. Każdy członek zwyczajny ma prawo: a) korzystać ze zapomóg, udzielanych przez towarzystwo. To samo prawo przysługuje wdowom i sierotom po członkach towarzystwa; b) brać czynny i bierny udział w głosowaniu i wyborach na Walnem Zgrom. towarzystwa. Członkowie po za siedzibą Towarzystwa mieszkający, o ile nie są w stanie brać osobiście udziału w zgromadzeniach towarzystwa, mają prawo stawiać wnioski i głosować bądź pisemnie, bądź też za pośrednictwem delegatów, z których każdy reprezentuje tyle głosów, ilu członków mandat jego podpisało; c) korzystać z pośrednictwa w zyskiwaniu posad; d) korzystać ze wszystkich świadczeń w każdej formie przez Walne Zgrom. uchwalonych.

§ 15. Fundusz obrotowy składa się: z wkładek członków, 75% wszelkich datków i zapisów, o ile ofiarodawca lub testator inaczej nie rozporządzi, wszelkich innych dochodów przez Walne Zgrom. lub Wydział ustanowionych, wreszcie z procentów, które przynosi fundusz obrotowy.

§ 16. Do funduszu żelaznego wpływają: taksy wpisowe, złożone przez członków, 25% wszelkich datków i zapisów na rzecz towarzystwa złożonych z zastrzeżeniem w poprzednim § wymienionem, z wszelkich innych dochodów przez Walne Zgromadzenie lub Wydział ustanowionych, wreszcie z procentów, które przynosi fundusz żelazny.

§ 22. Zarząd towarzystwa stanowią: a) Walne Zgromadzenie; b) Wydział; c) sąd polubowny; d) komisya kontrolująca.

§ 23. Do zakresu działania Walnego Zgromadzenia należy: a) wybór członków wydziału, sądu polubownego i komisyi kontrolującej; b) ustanowienie wysokości wkładek rocznych i wpisowego, jakoteż wysokości zapomóg, mających się wypłacać członkom towarzystwa przez Wydział w miarę funduszów; c) nadto oznacza Walne Zgrom. czas należenia wymagany od członka, żądającego zapomogi; d) załatwianie odwołań od postanowień Wydziału i sądu polubownego; e) zmiana statutu; f) mianowanie członków honorowych; g) rozwiązanie stowarzyszenia; h) pobieranie wszelkich uchwał ze statutem niniejszym nie sprzecznych.

§ 30. Wydział składa się z przewodniczącego, pierwszego i drugiego zastępcy przewodniczącego, pierwszego i drugiego sekretarza, skarbnika i trzech członków Wydziału.

§ 32. Do zakresu działania Wydziału należy: a) przyjmowanie członków; b) wykreślanie ich (§ 11 c.); c) wdrażanie kroków sądowych przeciw dłużnikom towarzystwa; e) pośredniczenie w zyskiwaniu posad; f) wykonywanie uchwał Walnego Zgromadzenia; g) przygotowanie wniosków dla Walnego Zgrom.

Po zawiązaniu się Towarzystwa, co pożądanem byłoby, aby mogło nastąpić już w lipcu w przededniu Zjazdu lekarzy polskich, zajmie się wybrany wtedy Zarząd rozesłaniem odpowiednich cyrkularzy wraz z całym statutem »in extenso“ do wszystkich P. T. pp. lekarzy, którzy w myśl statutu mają prawo do Towarzystwa przystąpić.

Kraków, dnia 24. czerwca 1900 r.

Komisya organizacyjna mającego się zawiązać »Towarzystwa samopomocy lekarzy«.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ostateczny termin nadsyłania streszczeń wykładów (ile możności wprost na ręce sekretarzy odpowiednich sekcyi) upływa z dniem 30. czerwca 1900. Wykłady, których streszczeń na czas nie nadesłano, wolno sekcyom pomijać przy układaniu porządku dziennego, a komitet gospodarczy nie przyjmuje odpowiedzialności za ich pomieszczenie w „Dzienniku Zjazdu“.

Wkładki uczestnictwa i zamówienia mieszkań przesyłać należy wprost na ręce sekretarza komitetu gospodarczego, a w Warszawie, Poznaniu, Lwowie i Paryżu można użyć pośrednictwa osób, wskazanych w okólniku o Zjeździe.

Zamawiając mieszkanie należy podać liczbę osób przyjeżdżających, rodzaj mieszkania, jakiego się żąda (hotel czy mieszkanie prywatne, liczbę pokoi) **i cenę, jaką mniej więcej za mieszkanie na dobę się przeznacza.** Pożądanem jest podanie daty przyjazdu.

Adres zamówionego mieszkania otrzymają przybywający uczestnicy w biurze komitetu kwaterunkowego na dworcu kolei w Krakowie natychmiast po przyjeździe.

W dniu 15. czerwca zgłoszono jeszcze:

— W sekcyi I. 8) Prof. Natanson (Kraków): O prawach tarcia wewnętrznego w płynach; z zastosowaniem do zjawiska podwójnego załamania światła w cieczach odkształcanych. (369)

— W sekcyi II. Temat obrad III: Sprawa utworzenia towarzystwa chemicznego polskiego. Sprawozdawcy: Prof. St. Niementowski (Lwów) i Dr. A. Wróblewski (Kraków).

Wykłady: 21) Prof. M. Nencki (Petersburg): O cheminie. (370)

22) Fr. Błoński: Kilka luźnych uwag w sprawie mianownictwa chemicznego polskiego. (371)

23) J. W. Brühl (Heidelberg): O tautomerycznych przemianach w roztworach. (372)

24) Jul. Braun (Getynga): W sprawie istnienia pochodnych pięciowartościowego azotu. (373)

— W sekcyi IV. 5) Prof. J. Nusbaum (Lwów): Wieloszczet wód słodkich (*Dybowscella baicalensis nov. gen. nov. spec.*) (374)

W sekcyi VIII. 1) P. Al. Ginsberg (Warszawa): O postępach w optyce stosowanej i metodach fabrykacyi soczewek w pierwszej w kraju fabryce instrumentów optycznych Tow. „Fos“ w Warszawie. (375)

W sekcyi XI. 30) Dr. Józefa Joteyko (Bruksela): Znużenie, jako środek obrony ustroju. (376)

31) Dr. A. Wróblewski (Kraków): O nowszych poglądach na istotę fermentów (z demonstracyą). (377)

32) Dr. M. Stefanowska (Bruksela): O gruszkowatych wyrostkach komórek nerwowych. (378)

33) Prof. D. J. Kodis (Washington-University St. Louis): Przyczynek do teoryi elektryczności zwierzęcej. (379)

— W sekcyi XII. 10—11) Dr. Gliński (Kraków): a) Badania doświadczalne nad powstawaniem marskości wątroby po podwiązaniu przewodu żółciowego. b) Przypadek wady rozwojowej narządu moczowego (demonstracya). (380/1)

12—13) Dr. Gertler (Kraków): a) W sprawie etyologii zapalenia płuc. b) Przedstawienie nowego termostatu do podręcznego użytku dla lekarzy praktycznych. (382/3)

— W sekcyi XIII. 27—28) Dr. A. Simon (Wiesbaden): a) Kilka wskazań do użycia atropiny w medycynie wewnętrznej. b) Leczenie gruźlicy wodą. (384/5)

— W sekcyi XIV. A. 59) Dr. Cz. Sędzimir (Starasól): Projekt nowego bezgnilnego operacyjnego postępowania w chirurgii. (386)

— W sekcyi XVI. 16) Dr. K. Szadek (Kijów): O zgorzeli samoistnej (*gangraena spontanea*) pochodzenia kiłowego. (387)

— W sekcyi XVII. 21) Dr. J. Luxenburg (Warszawa): Przyczynek do rozwoju ependymy i neuroglii kanału środkowego w rdzeniu kręgowym u człowieka i zwierząt ssących (z przedstawieniem preparatów). (388)

22—24) Dr. J. Fajersztajn (Lwów): a) *Polioencephalitis*, t. zw. porażenia opuszkowe bez zmian anatomicznych i *myastenia* (przedstawienie mikrofotogramów). b) Nowa metoda impregnacyi srebrem i zastosowanie jej do elektywnego barwienia włókien osiowych (przedstawienie preparatów drobnowidowych). c) Przedstawienie preparatów drobnowidowych z czterech przypadków mnogiej *myositis* (*polymyositis*). (389—391)

25) D. A. Wizel (Warszawa): Mechanizm psychologiczny powstawania idei niedorzecznych przy obłąkaniu pierwotnem. (392)

— W sekcyi XIX. 38) Dr. J. Kadyi (Jasło): Przedstawienie perforatora własnego pomysłu. (393)

— W sekcyi XX. 19—20) Dr. Ferd. Obtułowicz (Lwów): a) Kilka uwag o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim. b) Przyczynek do nauki o znaczeniu wynaczynionek pod względem sądowo-lekarskim. (394/5)

21) Dr. Gliński i Dr. Horoszkiewicz (Kraków): Zmiany mikroskopowe przy oddzielaniu się pępowiny u noworodków oraz sądowo-lekarskie znaczenie tych zmian. (396)

— W sekcyi X. 20—21) Dr. R. Radziwiłłowicz (Warszawa): a) Znaczenie odśrodkowych włókien w dośrodkowych drogach nerwowych. b) Biologiczne znaczenie świadomości. (397/8)

— W sekcyi XVIII. 13) Dr. F. Winawer (Warszawa): Porażenie dywergencyi. (399)

— W sekcyi XI. zgłoszono z zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jagiell.:

34) Prof. Dr. H. Hoyer jun. (Kraków): O budowie naczyń włoskowatych żylnych w śledzionie (z przedst. preparatów). (400)

35—36) Doc. Dr. M. Siedlecki (Kraków): a) O objawach płciowych u zwierząt z grupy *Sporozoa* (z przedstawieniem preparatów). b) O stosunku rozrodu bezpłciowego do rozrodu płciowego. (401/2)

37) P. Jan Stach (Kraków): O unaczynieniu zębów królika (z przedstawieniem preparatów). (403)

38) Doc. Dr. M. Siedlecki i Dr. Ks. Lewkowicz (Kraków): O rozwoju pasorzytów zimniczych w ustroju i poza ustrojem ludzkim (z przedstawieniem rysunków i preparatów) (404)

— W sekcyi XVII. 26) Doc. Dr. L. Haškovec (Praga): Patogeneza sklerodermii i sklerodaktylii. (405)

Ciechanowski
sekr. komit. gospod. (Wielopole 4).

XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Sekretarz generalny Kongresu, dr. Chauffard, zawiadamia Komitet polski, że prócz przyjęć uroczystych 2, 3, 5 i 8 sierpnia, o czem już donieśliśmy w „Wiadomościach bieżących“ Nr. 25, Rada miasta Paryża zaprosi członków kongresu na uroczyste przyjęcie wieczorne, które odbędzie się w salonach „Hôtel de ville“ dnia 7 sierpnia.

Pod przewodnictwem pani Lannelongue i pani Brouardel zawiązał się Komitet damski, który posiadać będzie własne biuro, gdzie panie kongresistki będą mogły się informować o wszystkich ich obchodzących sprawach. Żony, siostry i córki członków Kongresu otrzymają zaproszenia na wszystkie uroczystości. W odpowiedzi na liczne zapytania Komitet wykonawczy kongresu podaje do wiadomości, że dentyści, nie będący doktorami medycyny, lecz posiadający rządowy dyplom francuski lub zagraniczny, mogą się wpisywać do Sekcyi stomatologicznej.

Komitet wykonawczy Kongresu raz jeszcze przypomina, że ostateczny termin wpisania się na członka Kongresu kończy się 15 lipca. (Lekarze polacy, którzy przed tym terminem nie wpiszą się na listę członków Kongresu przez pośrednictwo polskiego Ko-

mitetu narodowego, mają się udać w tym celu ustnie lub piśmiennie do Dr. Dufloc q *(Paris, r. de l' Ecole de Médecine).*

Miejscowy Komitet polski w Paryżu, gorliwie spełniając swój mandat pośrednictwa, podaje do wiadomości życzących wziąść udział w Kongresie lekarzy polskich następujące szczegóły:

Wobec wielkiej rozciągłości wschodniej granicy Francyi wskazanie tej lub innej linii kolejowej nie przedstawia żadnej korzyści. O opuście 50% na kolejach francuskich była już mowa w poprzednich komunikatach Komitetu polskiego. Gdyby który z lekarzy udawał się do Paryża, lecz z powodu spóźnionej decyzyi nie mógł już zaopatrzyć się w legitymacyę należenia do Kongresu, a zatem i nie mógłby korzystać ze zniżki 50%, to powinien wziąść bilet od granicy francuskiej w obie strony *(aller et retour)*, co upoważnia również do znacznego opustu.

Co do mieszkań, to paryski Komitet lokalny miał na oku głównie tych członków Kongresu, którym zależy na pobycie oszczędnym. Należy mieć na względzie, że na lewym brzegu Sekwany, bliżej Obserwatoryum, mieszkania są tańsze. Komitet poleca następujące hotele:

1) *Hôtel des Américains,* rue de l'Abée de l'Epée (pokoje od 5 fr.: duże pokoje z kilkoma łóżkami po 3 fr. od osoby),

2) *Hôtel de Nice,* Boulevard St. Michel, 125 (pokoje po 4 fr.; o 2 łóżkach 6 fr. razem);

3) *Hôtel Ney,* rue Gay-Lussac, 62 (pokoje od 4 franków);

4) *Hôtel de l'Avenir,* rue Gay-Lussac, 52 (pokoje od 4 fr.);

5) *Maison meublée,* r. des Bernardins, 50 (pokoje od 4 fr. za 2 łóżka 6 fr. razem);

6) *Hôtel Monge,* rue Monge, 55 (pokoje od 4 fr., za 2 łóżka 6 franków);

7) *Gd. Hôtel de Rayon d'or,* rue Monge, 25 (pokoje od 5 fr.);

8) *Hôtel de Nice,* Bd. du Montparnasse, 155 (pokoje od 5 fr.);

9) *Hôtel du Brésil,* rue le Goff (pokoje od 5 fr.);

10) *Hôtel de Fleurus,* rue Fleurus, 3 (pokoje od 6 fr., apartament na 5 łóżek 20—25 franków);

11) *Hôtel de l'Avenir,* rue Madame, 65 (pokoje od 4 fr.);

12) *Hôtel de l'Observatoir,* Bd. St. Michel (pok. od 5 fr.);

13) *Gd. Hôtel Gay Lussac,* r. de Gay Lussac, 28 (pokoje od 5 franków);

14) *Gd. Hôtel du Progrès,* r. Gay Lussac, 50 (pok. od 5 fr.).

Komitet doradza rzeczy zostawić na kolei, wziąść fiakra na godzinę (2 fr. 25 ct.) i obejrzeć kilka z wymienionych hoteli, zanim się wybierze pokój. Czem pobyt dłuższy, tem cena mniejsza; wogóle targować się można i trzeba.

Jedzenie najtańsze stosunkowo w zakładach Duvala. Dla osób, przebywających w bliskości *Ecole de médecine* Komitet lokalny poleca:

1) *Café Voltaire, place de l'Odeon,* (śniadanie 3 fr., obiad 4 fr., kuchnia bardzo zdrowa);

2) *Café de la Source, Bd. St. Michel,* 37, (na porcye).

Dr A. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. B. Wicherkiewicz,* prezes.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 czerwca.

* Statut „Towarzystwa samopomocy lekarzy w Galicyi, W. Ks. Krakowskiem, na Szląsku i Bukowinie“ otrzymał zatwierdzenie władz; zasadnicze paragrafy tej ustawy podajemy w rubryce „Wiadomości zawodowe“. Koledzy, którzy pierwsi powzięli myśl tego stowarzyszenia i zajmowali się ułożeniem statutu, zamierzają w krótkim czasie zwołać zgromadzenie lekarzy w celu ukonstytuowania się.

* W III. tegorocznym Zeszycie „Archiv für patholog. Anatomie und Physiologie“ zwrócił się Virchow do swych współpracowników ze słowami prośby i rady, a mianowicie zaklina ich, aby pisali tylko zwięźle, nie powtarzali tego, co już jest powszechnie znane, a przedewszystkiem, ażeby raz zaprzestali dołączać tablice, których, jak świat światem, żaden czytelnik, jeśli wogóle rozpoczynał je czytać, nigdy do końca nie doczytał. Rzecz tylko zyska, powiada Virchow, na przejrzystości, jeśli autorowie tych kolumn liczbowych zechcą je zastąpić jasnem i zwięzłem omówieniem.

Weteran żurnalistyki lekarskiej jest nieco i podejrzliwy: mówiąc, jak wiele miejsca i czasu zajmuje przytaczanie literatury na końcu artykułu, wyraźnie powątpiewa, ażeby który z czytelników dziś w to uwierzył, że autor rozprawy dziennikarskiej naprawdę czytał wszystkie te dzieła i monografie, których tytuły z drugiej lub trzeciej ręki odpisał. Virchow kończy prośbą o wiarę, gdyż, jak powiada, słowa te pisze „wieloletni i najdłużej dręczony redaktor“.

* Lekarze, zamierzający wziąść udział w międzynarodowym Zjeździe higienicznym, który odbędzie się między 10 a 17 sierpnia b. r. w Paryżu, mogą otrzymać program, regulamin i t. d. tego Zjazdu od dr. Józefa Polaka (*Warszawa, ul. Świętokrzyska, 25*).

* »Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę *Gazety Lekarskiej,* wyszedł Nr. 135 i 136. Zawiera on Organoterapię, opracowaną przez A. Gilberta i P. Carnota, a przełożoną na język polski przez Stanisława Błażejewicza.

* W Ks. Poznańskiem ma powstać sanatoryum dla suchotników, w miejscowości zwanej Marysina koło Piasków. Hr. Żółtowski ofiaruje pod ten zakład obszerną parcelę zalesioną.

* »Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego“ w N. z 15 czerwca podaje: „Z okazyi jubileuszu Uniwersytetu krak. postanowili aptekarze krakowscy, począwszy od 15 lipca b. r. zamykać apteki o 9 godzinie wieczór“.

Jakoś się nam nie składa w logiczną całość cała ta notatka i nie bardzo rozumiemy w jaki to sposób wiąże się obchód jubileuszowy U. J. z wrzekomem postanowieniem PP. aptekarzy krakowskich, o którego istnieniu, a zwłaszcza wykonaniu, wielce wątpimy.

* Delegatem do senatu wybrał Wydział lekarski U. J. prof. Stanisława Pareńskiego.

* Stopień doktorów medycyny w Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Tadeusz Litwinowicz i Józef Egre.

* Dziekanem wiedeńskiego Wydziału lekar. wybrany został dr. Karol Toldt, profesor anatomii.

* Rosyjskie „Towarzystwo ochrony zdrowia ludu“ wysyła do Paryża swego członka prof. S. Zaleskiego, który będzie je reprezentować na wszystkich kongresach, mających związek z zadaniami tego Towarzystwa.

* Rząd rosyjski zatwierdził program nowego miesięcznika p. t. »Wiadomości cesarskiej medyko-wojskowej Akademii“, który ma wychodzić bez cenzury. Redaktorem tego czasopisma będzie prof. M. Janowski. (W miesiącach letnich: czerwcu, lipcu i sierpniu miesięcznik ten wychodzić nie będzie).

Nekrologia. Dr. Cypryan Tokarski zmarł we Lwowie w 83 roku życia. Prof. Kühne, dyrektor Inst. fizyologicznego, zmarł w Heidelbergu w 64 r. życia. Dr. Jcard, długoletni redaktor „Lyon médical“, zmarł w Lugdunie. Znany neurolog i elektroterapeuta dr I. Althaus zmarł w Londynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie Lekarskiej.* Nr. 25 Dr. Nusbauma H.: O wahaniach okresowych w energii czynności fizyologicznych. Dr. Bernhardta R.: Wessanie tworów wilka pod wpływem ospy (dok.) Dr. Przedborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży. W *Medycynie* Nr 25. S. Goldflama: O wstrząsaniu nerek. Dr. Rubina W.: O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku (dok.). W *Zdrowiu* (Zeszyt 177): Artykuł wstępny. Dr. Zawadzkiego Józefa: Sprawozdanie z wycieczki po kraju. Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha ze stanowiska lekarsko-pedagogicznego. Dr. Rakowieckiego K.: Mieszkania ludności wiejskiej.

Redakcya otrzymała: Adolf Klęsk: Fizyologia i patologia snu, (*Kraków, 1900*). Prof. dr. K. Chodouńsky: Nastuzeni (*Praga, 1900*) Tenże: Ueber Verkühlung (*Praga, 1900*). Dr. Brudzewski: Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka (Odbitka z Nr. 4 *Postępu Okul.*).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Są do nabycia: Biblioteka lekarska i narzędzia lekarskie, pozostałe po ś. p. Dr. Józefie Kisielewskim. Wiadomości udzieli p. K. Tarczyński, aptekarz w Zakliczynie.

KONKURSY.

C. k. Ministerstwo spraw wewn. w Wiedniu.

2704
M. J.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada *asystenta* X-tej klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2200 koron, dodatek aktywalny 480 koron).

Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 15 sierpnia 1900 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też we wspólnej c. i k. służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1) Metrykę urodzenia;

2) Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, mianowicie też w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3) Dowód naukowego wykształcenia uniwersyteckiego, a szczególnie wyższego wykształcenia w naukach przyrodniczych.

4) Dowód gruntownego wykształcenia w chemii, szczególnie w chemii analitycznej, uzupełniony dowodem specyalnego wykształcenia w botanice, mikroskopii, bakteryologii i hygienie, jak również załącznikami w razie gdyby petent pracował w urzędzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, niepozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, mają dostarczyć urzędowego świadectwa moralności oraz świadectwa zdrowia, wystawionego przez rządowego lekarza.

L. 1427.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17-go kwietnia 1900 L. 25,405 rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy konkurs na posadę *lekarza okręgowego* z siedzibą w Osieku.

Do okręgu w Osieku należy 11 gmin z liczbą mieszkańców 10.570. Lekarz okręgowy obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Płaca z posadą tą połączona wynosi rocznie 1000 koron, zaś ryczałt na koszta podróży rocznie 600 koron.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Biały najdalej do dnia 31 lipca 1900 i załączyć do podania:

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, iż petent nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdolnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego

Biała, dnia 8 czerwca 1900.

Z. 32.942/I

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych w okręgu lekarskim Kraków III z siedzibą w Krakowie ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego Kraków III przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 0.0 do kilometra 19.0 na linii Kraków-Lwów, dalej od kilometra 0.0 do kilometra 1.90/a na linii Bierzanów-Wieliczka i od kilometra 0.0 do kilometra 4.909/b na linii Podłęże-Niepołomice, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Podgórze-Płaszów, Bierzanów, Podłęże i Niepołomice, przyczem się nadmienia, że z personalu na stacyi w Podgórzu-Płaszowie zatrudnionego należą do okręgu lekarskiego Kraków III tylko ci funkcyonaryusze, którzy mają na stacyi mieszkanie in natura i ci, którzy mieszkają w Płaszowie. Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do ukończonego 18-go roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.600 Koron i ryczałt na fiakry w kwocie 300 Koron rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stęplowym na 1 Koronę zaopatrzone, wnosić należy do 10-go lipca b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też bliższych informacyi zasięgnąć można.

Kraków, dnia 8 czerwca 1900.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Zwierzchność gminna m. Trzebini ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą od 600—1000 Koron (zależnie od umowy). (175)

Zgłoszenia do 1-go lipca przyjmuje Urząd gminny.

Wydział Rady powiatowej w Przemyślu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Niżankowicach z płacą roczną 1400 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 korsn. Podania wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Przemyślu do dnia 31 lipca b. r.

Przy c. k. Zarządach salinarnych w Stebniku, w Bolechowie, w Kałuszu i w Kosowie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, a mianowicie w Stebniku, w Kałuszu i w Kosowie posada lekarza II kategoryi, w Bolechowie posada lekarza III kategoryi. — Z każdą z tych posad połączony jest obowiązek wykonywania służby sanitarnej w okręgu sanitarnym wymienionych Zarządów salinarnych na podstawie instrukcyi, wydanej przez c. k. Ministerstwo skarbu. — Z posadą lekarza salinarnego II kategoryi połączone jest wynagrodzenie w wysokości płacy urzędnika państwowego X klasy rangi, t. j. 2200 koron, a z posadą lekarza salinarnego III kategoryi wynagrodzenie w wysokości płacy urzędnika państwowego XI klasy rangi, t. j. w kwocie 1600 koron rocznie, które to wynagrodzenia będą podwyższone po 4 i 8 latach służby w II kategoryi na 2400 i 2600 koron, a w III kategoryi na 1800 i 2000 koron rocznie. — Oprócz tego wynagrodzenia pobiera lekarz salinarny dodatki starszeństwa i materyał opałowy po cenie zniżonej i deputat soli. — Podania należycie udokumentowane i ostemplowane należy wnosić najpóźniej do 15 lipca 19 do c. k. krajowej Dyrekcyi skarbu we Lwowie. („Gazeta lwowska" Nr. 138).